

MASTER UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS FEMINISTAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FEMINISTAS
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
CURSO ACADÉMICO 2012-2013

TRABAJO FIN DE MASTER

**DISCURSOS Y PRÁCTICAS FEMINISTAS EN EL ÁMBITO DE LA
SALUD EN ESPAÑA (1975-2013)**

AUTORA: BELÉN NOGUEIRAS GARCÍA

DIRECTORAS:

LUISA POSADA KUBISSA¹ Y CONSUELO MIQUEO²



Pintada en el muro del Centro de Salud «La Paz» de Rivas Vaciamadrid en 2009: «Menos Prozac, más Feminismo».

¹ Doctora en Filosofía. Profesora Titular del departamento de Teoría del Conocimiento, Estética e Historia del Pensamiento. Facultad de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid.

² Doctora en Medicina. Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS.....4

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION DEL TEMA DE ESTUDIO5

1. DESARROLLO HISTORICO DE LOS DISCURSOS Y PRÁCTICAS FEMINISTAS SOBRE SALUD10

1.1.	LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.	10
1.1.1.	<i>Desarrollo y etapas en la producción historiográfica sobre las mujeres en el ámbito de la salud</i>	11
1.1.2.	<i>Líneas de investigación</i>	13
1.2.	EL MOVIMIENTO FEMINISTA Y LA SALUD.	22
1.2.1.	<i>Primera etapa (1975-1990) Desarrollo de discursos y metodologías propias</i>	23
1.2.2.	<i>Segunda etapa (1990-2013). La incorporación del análisis de género</i>	29
1.3.	DISCURSOS Y PROPUESTAS FEMINISTAS SOBRE SALUD EN LAS INSTITUCIONES Y EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.	35
1.3.1.	<i>Ámbito sanitario</i>	35
1.3.2.	<i>El impulso de las instituciones de igualdad a las políticas de salud</i>	41
1.3.3.	<i>Ámbito académico, investigación y sociedades científico-profesionales</i>	44

2. APORTACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DEL FEMINISMO EN EL AMBITO DE LA SALUD.47

2.1.	LA CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA FEMINISTA AL DISCURSO CIENTÍFICO SANITARIO	47
2.2.	CONCEPTUALIZACIONES FEMINISTAS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES	53
2.2.1.	<i>La interrelación entre la Teoría feminista y los discursos feministas sobre la salud</i>	53
2.2.2.	<i>Resignificando viejos temas</i>	58
2.3.	METODOLOGÍAS FEMINISTAS PARA LA PROMOCIÓN, EL CUIDADO Y LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD	69

3. CONCLUSIONES74

BIBLIOGRAFIA78

BIBLIOWEB97

RESUMEN:

El objetivo de este trabajo es exponer los procesos de evolución y el estado actual de los discursos y prácticas feministas en el campo de la salud en España, formulados desde diversas disciplinas en interrelación y desde diferentes ámbitos de actuación: activista, profesional, académico, de investigación y político. El periodo estudiado comprende desde 1975, año en el que se inicia el proceso de transición democrática a partir de la muerte de Franco, hasta la actualidad.

En primer lugar describiré las aportaciones de la historiografía feminista en el ámbito de la salud, que rescata la relación histórica, las contribuciones y el protagonismo de las mujeres en el cuidado de la salud, así como el estudio de las múltiples formas de exclusión, discriminación y desvalorización de sus discursos y prácticas sanadoras.

En segundo lugar expondré las revisiones críticas feministas de los discursos androcéntricos sobre la salud, el desarrollo de nuevas conceptualizaciones y metodologías para la comprensión, la prevención, el cuidado y la recuperación de la salud de las mujeres, que se producen a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, en estrecha relación con el desarrollo del feminismo en esta etapa. Describiré también los procesos de cambio y las actuaciones en el ámbito sanitario, relacionadas con la incorporación de perspectivas de género y feministas en las políticas públicas y en el sistema nacional de salud.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que crearon y han mantenido vivo el Instituto de Investigaciones Feministas, lo que hace posible que el feminismo tenga mayor visibilidad y reconocimiento y que, además, tengamos “una habitación propia” en la Universidad.

Al profesorado del Master en Estudios Feministas: Rosa Ma Capel, Gloria Nielfa, Gloria Franco, Ana Vargas, Paloma de Villota, Laura de Pablos, Emanuela Lombardo, Luisa Posada, Angeles Jimenez Perona, Antonia Fernández Valencia, Asunción Bernárdez, Mariam López Fernández-Cao, Beatriz Moncó. Asistir a sus clases y presenciar su inmenso y apasionado conocimiento del feminismo me ha emocionado cada tarde.

A las directoras de este trabajo, Luisa Posada y Consuelo Miqueo. Su profunda sabiduría, sus orientaciones, su calidez y calidad humana me han dado la confianza y la seguridad para adentrarme en este trabajo.

A mis compañeras y compañeros de este curso, muy especialmente a Mónica Sáiz, Dunia Alzard y Tania Tena, de las que he recibido apoyo emocional y académico.

A Concha Muñoz, feminista y amiga, que me acompañó durante todo este proceso afectiva y económicamente y también con sus reflexiones y aportaciones.

A todas las feministas, que son tantas, que han dejado huellas en mi forma de pensar y vivir la vida. Especialmente, a todas las que, además, han escrito sus reflexiones y su pensamiento.

A los colectivos feministas con los que en diferentes etapas de mi vida he aprendido, me he emocionado y me he transformado: La Asociación de Mujeres para la Salud, el Colectivo de profesionales de la salud Las Federicas, Las Tertulianas y la Red de mujeres profesionales de la salud. También a las mujeres con las que he compartido espacios laborales y me han posibilitado atreverme a crear. De un modo especial, a Begoña López-Dóriga, Lucía Mazarrasa, Paloma de Andrés, Purificación Pliego y Yolanda Martín-Benlliure.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

El ámbito de la salud es un escenario clave y una cuestión crucial y de alta relevancia política para el feminismo. Muchos de los discursos, acciones, denuncias y reivindicaciones feministas se relacionan estrechamente con el campo de la salud, entendida como un proceso integral y dinámico de bien estar emocional, social y físico a lo largo del ciclo vital, en el que inciden de forma determinante las condiciones de vida impuestas a las mujeres por la organización social patriarcal.

En la teoría feminista, el malestar, la enfermedad y el deterioro de la salud de las mujeres se relacionan estrechamente con la imposición de los mandatos y roles tradicionales de género, la dedicación al cuidado de otras personas y la postergación del propio, la sobrecarga física y emocional derivada de la doble y triple jornada, la desvalorización personal y social, el control, el uso y abuso de la sexualidad femenina, la maternidad obligatoria y sin corresponsabilidad social, las dificultades para acceder y permanecer en el empleo, la precariedad laboral, la feminización de la pobreza, la violencia estructural y la violencia directa.

Los discursos médicos y sanitarios han contribuido a naturalizar la desigualdad, a reforzar y legitimar la ideología dominante que sustenta la subordinación de las mujeres en base a su biología y su capacidad reproductiva. Su poder deviene de la ciencia y del valor social de la salud.

«El pensamiento médico de la diferencia sexual fue el soporte teórico de los procesos de patologización y medicalización del cuerpo de las mujeres, un fenómeno que fue nombrado y denunciado por el feminismo de la segunda mitad del siglo XX» (Cabré y Ortiz, 2008, p.15).

Las conceptualizaciones misóginas y sexistas de la medicina han tenido un fuerte impacto en el simbólico femenino, creando imaginarios de las mujeres como seres frágiles, lábiles y enfermos³.

3 «Nuestro cuerpo ha sido considerado como una gran fuente de limitaciones en toda su globalidad: nuestra debilidad física, nuestras alteraciones cíclicas debidas a la aparición de las reglas, nuestra fragilidad psíquica y física durante el embarazo, nuestro descontrol durante el parto, nuestra propia negación del ser mujer durante la menopausia, nuestro fracaso reproductivo frente a un aborto, nuestros flujos malolientes reflejando y evidenciándonos día tras día la suciedad de nuestros genitales desconocidos, nuestros pechos considerados simplemente como provocativos, nuestras matrices que

«A la vulnerabilidad de la imagen femenina colaboraron también muchos de los grandes psicólogos del siglo XX» (Bosch et alia, 2006, p.181).

Históricamente, desde la medicina se ha despojado a las mujeres de sus derechos a decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva⁴, de la autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas. Decisiones como la interrupción voluntaria de un embarazo o la utilización de métodos anticonceptivos, que tienen importantes repercusiones en la salud y que pueden determinar las condiciones de vida futuras e incluso conducir a la muerte⁵, han estado y continúan estando, bajo el control del sistema sanitario⁶.

Los procesos relacionados con la reproducción y la sexualidad han sido medicalizados, y el malestar⁷ y la enfermedad, estrechamente relacionados con la violencia, la subordinación y el ejercicio de los roles tradicionales, han sido psicologizados, psiquiatrizados y tratados con psicofármacos (Burim et alia, 1991; Valls-Llobet, 2006; Velasco, 2009a). Mediante el uso de categorías diagnósticas psiquiátricas se ha estigmatizado y privado de libertad a aquellas mujeres que no se atenían a los mandatos y roles de género patriarcales y a la sexualidad normativa⁸. En el siglo XIX se llegó a

sangran descontrolada y desordenadamente avergonzándonos, nuestras vaginas demasiado estrechas para parir y demasiado obligadas para producir placer» (Ehrenreich y English, 1981, pp. 3-4).

4 «Según Rickie Solinger, historiadora estadounidense que se especializa en la historia del aborto, embarazo y la maternidad en Estados Unidos a finales del siglo XIX, la profesión médica se oponía al aborto y a la anticoncepción, involucrándose en la criminalización de dichas prácticas, precisamente con el objetivo de consolidar su posición y excluir a las matronas y practicantes de medicina popular del servicio médico en la atención al embarazo y parto» (Ignaciuk, 2009, p.1)

⁵ Como ha sido en casos de abortos clandestinos, al no poder realizarlos en centros sanitarios por estar penado por la ley.

6 La interrupción voluntaria del embarazo debía ser autorizada mediante dictamen médico y psiquiátrico hasta la ley Orgánica 2/2010, de salud sexual reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que lo ciñe a determinados casos. Disponible en: http://www.google.es/url?q=http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf&ei=ujnyUem5G4j70qWuu4CYAw&sa=X&oi=unauthorizedredirect&ct=targetlink&ust=1374830786451358&usq=AFOjCNF_0RabZ7dyBycxBsw5BcRT3GVagA Consulta [26-07-2013]

⁷ Categoría que se utiliza para nombrar el sufrimiento de las mujeres, derivado del ejercicio de los roles de género y del lugar asignado a las mujeres por la cultura patriarcal, visibilizado ya por Betty Friedan (2009) en *La mística de la Feminidad* como el problema que no tenía nombre e incorporado posteriormente en la teoría feminista en el ámbito de la salud (Burim et alia, 1991; Velasco, 2006b).

8 «En 1950 se utiliza todavía la lobotomía para dejar a las lesbianas sin respuesta sexual alguna, los fármacos, las drogas, los inhibidores sexuales, la terapia de aversión al propio cuerpo y otros métodos» (Sau, 1979, p.6). La película *Electroshock* realizada en 2006, muestra el tratamiento recibido por las lesbianas en España en la época del franquismo a través de una historia real. «En diciembre de 2001 apareció una noticia pequeña en el diario El País que pasó casi desapercibida. La noticia daba cuenta de una sentencia en la que se reconocía que Isabel M. había matado a su compañera con la que había

diagnosticar como una manifestación de la histeria cualquier acto independiente de una mujer. La receta para su cura era la pasividad y el aislamiento en casa⁹. La cirugía ginecológica, la extirpación de los ovarios o del clítoris, la aplicación de sanguijuelas en los genitales y pechos, fue utilizada para suprimir las manifestaciones de la sexualidad o de comportamientos no considerados disciplinados (Ehrenreich y English, 1981).

Las necesidades de las mujeres en relación a la salud no relacionadas con los aspectos reproductivos, tampoco han sido tenidas en cuenta por las instituciones sanitarias, la investigación y la atención sanitaria hasta muy recientemente, cuando profesionales feministas de diferentes disciplinas visibilizan e investigan las problemáticas y el malestar de las mujeres¹⁰.

Otro de los motivos de interés del feminismo en el campo de la salud ha sido la recuperación del protagonismo de las mujeres en el cuidado de la salud a lo largo de la historia, una historia ocultada, silenciada e invisibilizada. Las mujeres han contribuido al conocimiento en el ámbito de la salud y han sido sanadoras en todas las etapas históricas. Sin embargo, cuando el saber y la atención a la salud se institucionalizaron, fueron excluidas de la Universidad y del ejercicio de las profesiones sanitarias (Cabré y Ortiz, 2001; Ehrenreich y English, 1981). Se desautorizó su conocimiento y se les negó autoría y autoridad (Ortiz, 2001, p.58).

vivido 30 años, eso sin llegar a calificar dicha muerte como asesinato. La sentencia consideraba que Carmen B. le había pedido a Isabel reiteradamente que la matara cuando su enfermedad mental hiciera la vida de ambas imposible. A través de los diarios de Carmen, el tribunal tuvo acceso a una vida llena de sufrimiento que sólo encontró un fin cuando su compañera decidió ayudarla a morir. La sentencia daba cuenta de que la enfermedad mental de Carmen provenía de los electroshocks que había sufrido en su juventud cuando su familia, enterada de su relación lésbica con Isabel, la internó en un psiquiátrico en donde sufrió todo tipo de tratamientos que la enloquecieron. Después de eso, toda su vida necesitó asistencia psiquiátrica. Parece ser que esa fue la tónica de las mujeres disidentes en España; no la cárcel, como en el caso de los gays, sino los psiquiátricos» (Gimeno, 2005, p. 191).

⁹ Charlotte Perkins deja su testimonio en *El papel de pared amarillo* (2002).

¹⁰ La no inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y la carencia de diagnósticos diferenciales ha tenido severas repercusiones en la atención clínica en diversos problemas de salud, como el dolor, las enfermedades cardiovasculares o tiroideas, como ha investigado y documentado Carmen Valls-Llobet (2006). Asimismo, los diversos síndromes del malestar de las mujeres, relacionados con sus condiciones de vida y determinados por factores de género, han sido también estudiados y visibilizados desde el punto de vista feminista (Velasco, 2009a).

Al igual que en todas las áreas del saber, pensadoras, investigadoras y activistas feministas han revisado los discursos sobre la salud de las mujeres formulados en distintos momentos históricos, desvelando las ideologías de género en los teorías y prácticas sanitarias, que todavía continúan presentes en la actualidad. Han propuesto nuevas conceptualizaciones sobre la salud, el malestar y el enfermar de las mujeres, integrando los aspectos psicosociales derivados de su posición de subordinación, de las desigualdades y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Asimismo, han visibilizado las formas de subversión y resistencia a la patologización y medicalización del cuerpo, de la sexualidad, de los procesos, cambios y ciclos vitales. Han denunciado las categorías diagnósticas que enmascaran la sobreexplotación y las condiciones de vida de las mujeres desde el sistema sexo-género, poniendo en cuestión el modelo de atención a la salud biomédico, individualista y sanitarista.

Desde el punto de vista feminista, la salud es un tema clave en el bienestar, la libertad, la emancipación, el acceso a los bienes y recursos, el empoderamiento personal y colectivo de las mujeres¹¹.

En este trabajo describiré, en primer lugar, las aportaciones de la historiografía feminista, relacionadas con el estudio de las contribuciones de las mujeres al cuidado de la salud en diferentes etapas históricas, los procesos de exclusión de las mujeres de la formación académica y el ejercicio de las profesiones, sus formas de resistencia, así como el análisis y cuestionamiento del androcentrismo y la misoginia de las teorías médicas y científicas sobre las mujeres.

En segundo lugar, expondré cómo se han ido generando y desarrollando las teorías y prácticas feministas relacionadas con los procesos de salud, enfermedad y atención, tanto en el movimiento feminista, como su posterior incorporación en las políticas públicas de salud y en las instituciones sanitarias.

¹¹ «El concepto de empoderamiento aplicado a las mujeres surgió en 1984 en la India. La Red Alternativas de Desarrollo con mujeres para una Nueva Era (DAWN) lo introdujo en la tercera Conferencia Mundial de las Mujeres celebrada en Nairobi en 1985 y a partir de la cuarta Conferencia de Pekín tomó plena vigencia. El término se refiere al aumento de la participación de las mujeres en el acceso al control de los recursos materiales, intelectuales e ideológicos hasta llegar a una contribución plena para la construcción una la sociedad que permita su participación en igualdad de condiciones con los hombres, tanto en la vida política y económica como en la toma de decisiones a todos los niveles. En los últimos años este término ha ido adquiriendo un nuevo sentido: el de la toma de conciencia del poder, que individual y colectivamente, ostentan las mujeres y que se relaciona directamente con la recuperación de su dignidad como seres humanos» (Bosch et alia, 2006, p.181).

Las fuentes utilizadas están recogidas en la bibliografía que acompaña este trabajo, centrada sobre todo en los estudios de las investigadoras en el campo de la salud y el feminismo en España desde 1975, año en el que a partir de la muerte de Franco se inicia la transición democrática y el movimiento feminista puede salir de la semiclandestinidad y reivindicar públicamente derechos para las mujeres¹².

El marco metodológico por el que se ha optado en este trabajo es el propuesto por Sara Velasco (2009a), que interrelaciona el desarrollo de los discursos feministas con las diferentes líneas de análisis, intervención e investigación en salud que se van creando en el feminismo. He clasificado el desarrollo de las conceptualizaciones y metodologías feministas en salud en dos periodos, diferenciando el segundo a partir de la aplicación de la categoría de género a este ámbito.

Mi interés en esta temática procede de la relación entre mi desempeño profesional y mi activismo feminista. Me licencié en Psicología en el año 1981¹³ y desde entonces he dedicado mi actividad profesional a la atención a la salud de las mujeres, tanto en organizaciones feministas como en instituciones públicas de igualdad, municipales y estatales¹⁴. Enmarco mi trabajo en lo que siento en coherencia con el paradigma feminista «lo personal es político»¹⁵ y

¹² Las Primeras Jornadas Nacionales por la Liberación de la Mujer se celebraron en Madrid en diciembre de 1975, seguidas de las Primeras Jornadas Catalanas de la Dona, celebradas en Barcelona en mayo de 1976 (Scanlon, 1986).

¹³ Estudié la Licenciatura de Psicología durante los años 1976-1981, con una formación claramente androcéntrica, aunque aparentemente neutra. Como feminista, inicié la búsqueda de referentes feministas para el trabajo en salud con mujeres. Necesitaba encontrar planteamientos y claves que pudieran ofrecer propuestas vitales más enriquecedoras y empoderantes para las mujeres y para mí misma. Me he nutrido de las aportaciones de feministas de múltiples disciplinas, sanitarias y no sanitarias.

¹⁴ Participé en el activismo político del movimiento feminista en salud desde el año 1984. Formé parte de La Asociación de Mujeres para la Salud, del Colectivo de Salud «Las Federicas», que toma ese nombre al reunirse en el Centro de Salud Federica Montseny de Madrid y como un homenaje y reconocimiento a la primera ministra de Sanidad en España. En la actualidad soy miembro de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud. Fui cofundadora del Espacio de Salud entre Nosotras. Trabajé en el Instituto de la Mujer entre 1984 y 1989 y durante ocho años y medio en la Concejalía de Mujer de Rivas Vaciamadrid, coordinando el Aula de las Mujeres, que ha llegado a ser reconocida como un Espacio de Salud. Me incorporé después al Observatorio de Salud de las Mujeres, de donde fui despedida a causa de las restricciones presupuestarias en igualdad en el año 2012.

¹⁵ Enunciado de Kate Millet (2010) con el que se produce un cambio de paradigma en la política feminista. Las cuestiones que afectan la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, hasta el momento consideradas del ámbito privado, pasan a la agenda política.

«lo personal es teórico y epistemológico, es conocimiento» (García de León, 2011, p.75), reconociendo también la relación entre lo personal y lo científico, lo que somos, lo que investigamos y escribimos. Por ello, soy consciente de algunos de mis sesgos (y ojalá también disponga de algunos privilegios epistemológicos), derivados de mi contexto y mi trayectoria vital, del tiempo histórico en el que he vivido, de la ciudad, Madrid, en la que me he relacionado, desarrollado y participado, de mi edad, 54 años, y sobre todo de mi posición política como feminista lesbiana¹⁶. Me sitúo también en un feminismo sincrético, una categoría que aprendí de Marcela Lagarde¹⁷, en mi intento de integrar, y no despreciar, las aportaciones desde los diferentes paradigmas feministas¹⁸, aunque a veces parezcan irreconciliables.

1. DESARROLLO HISTORICO DE LOS DISCURSOS Y PRÁCTICAS FEMINISTAS SOBRE SALUD

1.1. LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

Las historiadoras feministas están recuperando y reescribiendo la historia de las mujeres en todos los ámbitos de la vida y en las distintas etapas históricas, una historia que ha sido silenciada, ocultada y devaluada en la cultura patriarcal¹⁹. En el ámbito de la salud, han realizado investigaciones y contribuciones de gran relevancia. Teresa Ortiz (2004), en su artículo "Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica", expone sus hallazgos sobre las aportaciones del feminismo a la historia de la medicina. Toma como fuentes de análisis la bibliografía publicada en inglés, francés y lenguas españolas desde 1874 a 2003, centrando su interés en las conexiones interdisciplinarias entre medicina, historia de la medicina e historia de las mujeres. En esta revisión, señala dos

¹⁶ Esta categoría significa para mí la conciencia, no sólo política sino vivencial, de que el heteropatriarcado es una institución que condiciona la vida de las mujeres, las teorías y las actuaciones derivadas de las mismas.

¹⁷ Aunque Lagarde (2005) la aplica a la esfera de lo individual, la considero una categoría de gran utilidad para aplicar al ámbito político.

¹⁸ En consonancia con los planteamientos de Nancy Fraser, que señala la necesidad de integrar la política del reconocimiento y la política de la redistribución, políticas derivadas del feminismo de la diferencia y del feminismo de la igualdad (Fraser y Honneth, 2006).

¹⁹ Entre otras, Rosa M^a Capel y Gloria Nielfa han investigado la historia de las mujeres en el mundo contemporáneo y especialmente en la sociedad española, las relaciones de género durante el franquismo y el sufragismo en España (Capel, 2013; Nielfa, 2003).

elementos constantes: el doble objetivo historiográfico y político de la mayoría de los trabajos, conocer el pasado para cambiar el presente, visibilizar las múltiples formas de discriminación y la falta de valoración de las mujeres en el campo de la salud. Y el segundo es la constatación de una convergencia entre personas y grupos desde la medicina, la historia de la medicina, la historia de las mujeres y el movimiento feminista, especialmente a través de los grupos por la salud de las mujeres, que persiguen este objetivo dual de transformar la ciencia y las condiciones de trabajo y salud de las mujeres. (Ortiz, 2004, p.230).

1.1.1. Desarrollo y etapas en la producción historiográfica sobre las mujeres en el ámbito de la salud

Teresa Ortiz (2004) distingue tres etapas en la producción historiográfica sobre mujeres y salud:

La primera, los orígenes (1872-1959), se produce fuera de España, en Norteamérica y Europa, un periodo caracterizado por estar dedicado a la construcción de una genealogía femenina en la práctica médica y sanadora, con el objetivo de la valoración de las actividades, la experiencia y los saberes de las mujeres. «Atribuyeron a las mujeres un protagonismo como agentes de salud inusual en la historiografía del momento, inscribiendo su autoría y su saber en la historia de la medicina y de sus profesiones» (Cabré y Ortiz, 2001, p. 9). Este trabajo supuso, también, la contribución desde la historia de la medicina a la construcción, junto con otras mujeres que la estaban elaborando en Occidente, de una historia propia.

En la segunda etapa (1960-1990, en España desde 1980), se inicia una nueva línea de investigación, centrada en el análisis de los discursos, representaciones o ideas médicas y científicas sobre la mujer, su naturaleza, su cuerpo, su salud y su papel social en diferentes momentos históricos. En este periodo se empieza a aplicar «el género como categoría de análisis histórico y científico, que fue la clave de la consolidación metodológica de los estudios de las mujeres en general y de los estudios feministas sobre mujeres en salud en particular» (Ortiz, 2004, p.233). La postura epistemológica de la mayor parte de los trabajos hasta mediados de los años ochenta respondían al «empirismo feminista» (Harding, 1996), al considerar ciertas teorías como mala ciencia, susceptibles de ser mejoradas con mayor rigor metodológico, pero sin analizar y cuestionar los discursos

médicos en sí y su contexto de producción, lo que se convirtió en la línea principal de investigación en los años siguientes, con la incorporación de la categoría de género tal y como la definió en 1986 la historiadora norteamericana Joan Scott (Scott, 1990) y el cambio de orientación para estudiar el aparato simbólico y los discursos normativos.

En 1973 tiene lugar el primer Congreso Internacional de Historia de las Mujeres. Más de la mitad de los trabajos trataban aspectos relacionados con la historia de la salud y la práctica médica, planteando nuevas preguntas y acercamientos a temas como la medicalización de las mujeres, el sexismo del conocimiento y de la práctica médica, las ideas y prácticas relacionadas con la sexualidad femenina, el aborto, la anticoncepción, la maternidad y la prostitución²⁰. Se proponían como nuevos objetivos de la historia de las mujeres analizar mitos y opiniones sobre la naturaleza y los papeles de las mujeres y estudiar a las «mujeres corrientes» situadas en su contexto histórico y social. Supone un nuevo marco de carácter histórico social y cultural. La reconstrucción de las experiencias de enfermedad de pacientes y las vivencias de su entorno más inmediato, aspectos que callaba la medicina tradicional, será un nuevo eje de la nueva historia social de la medicina y «un ámbito en que la historiografía feminista ha realizado una contribución metodológica importante, aportando la exploración de la subjetividad y el análisis de las formas de subversión del rol pasivo asignado a las mujeres» (Cabré y Ortiz, 2009, p.167). Las lecturas victimistas iniciales y la consideración de las mujeres como receptoras pasivas de las ideas y de las intervenciones médicas fueron criticadas dentro del propio feminismo con posterioridad y, en los últimos años, las aproximaciones constructivistas y el reconocimiento de las y los pacientes como sujetos capaces de incorporar y o transgredir las normas y prácticas médicas han cambiado sustancialmente las perspectivas, al permitir poner en diálogo la descripción médica y la experiencia vivida de la enfermedad.

Los primeros trabajos de autoría española sobre mujeres, historia y medicina se publicaron a mediados de la década de los

²⁰ Mary Nash (1984) incorporó algunos de los trabajos presentados en este Congreso en su libro *Presencia y Protagonismo. Aspectos de la historia de la Mujer*.

ochenta y no incorporaban todavía perspectivas de género, respondiendo a una orientación histórico-social, o de historia de las ideas los que analizaban los discursos de la ciencia médica.

Entre los años 1982-1990 se construye una historiografía feminista. Se cuestionaron algunos de los principios fundamentales de la ciencia, como la objetividad y la neutralidad, y se puso de manifiesto el papel de la ciencia como legitimadora de formas diversas de discriminación de género, así como el carácter androcéntrico y sexista del conocimiento y las prácticas científicas (Barral et alia, 1999).

En este periodo se crearon fuertes vínculos políticos e intelectuales entre historiadoras vinculadas a diferentes ramas disciplinares, estudiosas feministas de disciplinas no históricas (antropólogas, sociólogas, filósofas o filólogas) y mujeres vinculadas a los diversos grupos que conformaban el movimiento feminista.

En la tercera etapa, a partir de 1991, caracterizada por la especialización, la diversidad epistemológica y la creación de un vasto corpus de conocimiento, se consolidan las líneas de investigación centradas en la historia de la medicina, las mujeres y la salud y se incorporan nuevas preguntas, fruto de la experiencia social de las mujeres de nuestro tiempo. Las dos grandes líneas de investigación perfiladas a lo largo del siglo XX, el estudio de las prácticas de salud de las mujeres y los discursos sobre el cuerpo de la mujer, incorporan novedades teóricas. Se han buscado las voces y experiencias de las mujeres sanitarias para estudiar la constitución de identidades profesionales individuales y colectivas, las relaciones de género dentro y entre las diferentes profesiones y actividades sanitarias, y las formas de establecer las relaciones entre profesionales y pacientes. Asimismo, tiene relevancia la actividad de las mujeres como autoras de textos, tanto científicos como no técnicos, sobre salud y enfermedad, como educadoras sanitarias y su interés y empeño por transformar la ciencia y la práctica médica y sanitaria.

1.1.2. Líneas de investigación

Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (2009) han revisado los trabajos realizados, incluidas las tesis doctorales y traducciones, con el objetivo de conocer las líneas de investigación y el tipo de acercamientos que se han desarrollado.

Una de las primeras líneas de investigación se ha centrado en las prácticas de las mujeres sanadoras y médicas en diferentes momentos históricos, rescatando figuras que fueron de gran relevancia²¹, “olvidadas” por la historia masculina. Este ha sido casi la única temática abordada en la historiografía feminista en salud hasta el año 1970 (Ortiz, 2004, p. 230). Desde 1872²², en EEUU y Europa, las historiadoras han documentado, acreditado y ensalzado la práctica médica de las mujeres, también de enfermeras, matronas, sanadoras empíricas, construyendo una genealogía de práctica femenina, con un interés especial en visibilizar a aquellas mujeres que realizaban análisis y propuestas feministas para la mejora de la salud²³. Esta línea de recuperación de la historia y construcción de una genealogía de las mujeres en el ámbito de la salud continúa presente en la actualidad²⁴.

Los estudios muestran que las mujeres se han ocupado a lo largo de la historia del cuidado de la salud, tanto de la propia, como de sus familias y de las comunidades en las que viven, descubriendo y aportando a la cultura formas de tratar las enfermedades y mantener la salud en diferentes momentos de la vida (Cabré y Ortiz, 2001). En el análisis realizado por la historiografía feminista se ha primado la relación mujer-práctica de salud frente al de mujer-profesión médica (Ortiz, 2006, p.231). El criterio de género estaba por encima del de jerarquía y pertenencia a un grupo profesional, que ha sido el dominante en la historia de la profesión médica masculina. Esto ha permitido la revalorización de las prácticas de salud de las mujeres que históricamente no han dado lugar a profesiones sanitarias definidas como tales, desde las realizadas por las sanadoras, indefinibles por las categorías ocupacionales²⁵, pasando

21 Como Hildegarda de Bingen y Trota de Salerno en el siglo XII (Green, 2001) y Jacoba Felicié en el siglo XIV (Cabré Y Salmón, 2001).

22 «La historia de las mujeres, la medicina y la salud se comenzó a escribir al mismo tiempo que las mujeres empezaron a acceder a la profesión médica en el último tercio del siglo XIX» (Ortiz, 2004, p.230).

23 Se investiga en busca de las pioneras feministas, como Aletta Jacobs, fundadora de la primera clínica anticonceptiva en Holanda en 1882, Margaret Sanger en Estados Unidos en 1916 y Marie Stopes en Inglaterra en 1921.

24 Recientemente, Silvia García Dauder (2005) y Carmen García Colmenares (2011) realizan la reconstrucción de la historia de las psicólogas españolas.

25 La existencia de mujeres sanadoras al margen de la profesionalización institucionalizada continúa presente hasta la actualidad. Numerosas mujeres han recuperado, desarrollado y están utilizando métodos alternativos a la biomedicina para el cuidado de la salud fuera del sistema sanitario. Algunas profesionales incluso han abandonado el sistema público de salud por las limitaciones de tiempo en las

por el autocuidado y las actividades de mantenimiento de la salud y curación de la enfermedad, desarrolladas cotidianamente en el ámbito doméstico (Cabré y Ortiz, 2009, p.170). La visibilización y el reconocimiento de los cuidados de la salud que se realizan fuera del sistema sanitario por las mujeres ha sido una de las aportaciones del feminismo a la historia social de la medicina.

Los relatos históricos sobre médicas sanitarias y sanadoras no manifiestan una perspectiva victimista y, aunque se destaquen las dificultades encontradas personal y colectivamente, prevalece la valoración de su papel y sus aportaciones.

Estas investigaciones han permitido descubrir la importancia de la calidad y especificidad de la relación que establecen las médicas y sanadoras con las personas a las que atienden, permitiendo reevaluar las prácticas de salud de las mujeres dentro y fuera del ámbito doméstico y mostrar hasta qué punto la experiencia de sanación depende en gran medida de la relación establecida con quien atiende una situación de vulnerabilidad, como es la enfermedad²⁶. Desde el paradigma del pensamiento de la diferencia, se continúa trabajando en la reconceptualización de las prácticas de salud de las sanadoras como relaciones basadas en relaciones de autoridad femenina (Miqueo y Murria, 2006).

La estructura sexista del sistema sanitario y el género como organizador de las profesiones sanitarias ha sido otra de las grandes líneas de investigación. En 1981, el grupo de mujeres Daia afirmaba que existen «dos formas distintas de exclusión y manipulación que vivimos las mujeres en contacto con la institución médica: la primera como trabajadoras de la sanidad, relegadas a papeles absolutamente secundarios; la segunda como sujetos pasivos de la medicina» (Ehrenreich y English, 1981, p.2).²⁷

consultas, que impiden la escucha de los malestares en su dimensión psicosocial y por tener que aplicar protocolos medicalizados que no comparten (VVAA, 2005a; 2005b; 2007; 2009).

²⁶ Los testimonios de la justicia han sido relatos de gran valor para estos conocimientos. Los relatos de los interrogatorios contra Jacoba Félicie, acusada por práctica ilegal, han permitido reconstruir la relación de autoridad que las sanadoras mantenían con sus pacientes (Cabré y Salmón, 2001).

²⁷ En la actualidad, la situación ha cambiado radicalmente y el número de médicas supera ya al de médicos. El 13 de julio de 2012 el Diario *El País* publica las declaraciones de Serafín Málaga, presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP), ante la masiva presencia femenina en todas las especialidades médicas, afirmando que si no se toman medidas, esta mayoría femenina derivará en un creciente número de problemas en los servicios sanitarios, debido a la frecuencia de las bajas por maternidad o los permisos derivados de la conciliación de la vida familiar y profesional. "Es un hecho

«El sistema actual surgió de y fue configurado por la competencia entre médicos y sanadoras. La profesión médica, en particular, no es simplemente una institución más que casualmente nos discrimina. El sexismo del sistema sanitario no es accidental, no es un mero reflejo del sexismo general de los sanadores varones de clase acomodada y que nos relegó. Tiene raíces históricas más antiguas que la propia ciencia médica; es un sexismo institucional, profundamente enraizado. El sexismo institucional se apoya en un sistema de clases que sustenta el poder masculino» (Ehrenreich y English, 1981, p.35).

Ha existido un interés en estudiar las trayectorias individuales y colectivas y los procesos de conformación de las ocupaciones sanitarias de tradición femenina. La figura de las enfermeras se relacionaba con una extensión de los roles de esposa y madre al mundo del trabajo. Se les enseñaba a ser dóciles y pasivas, a estar al servicio de la medicina, no tenían poder, sus funciones eran complementarias y paralelas al desarrollo de las tareas de cuidado en la vida cotidiana. (Ehrenreich y English, 1981, p.37). Algunos trabajos posteriores sobre la historia de la enfermería están asumiendo enfoques de género (Mazarrasa, 1999).

A mediados de los noventa se produce una resignificación de la figura de las matronas, dotándolas de agencia histórica. Su trabajo fue sometido a nuevas preguntas, que cuestionaban los tópicos historiográficos sobre su competencia técnica, su autonomía y sus relaciones con pacientes y médicos, concluyendo que las matronas desplegaron estrategias de resistencia para defender sus espacios de práctica y mantuvieron una identidad propia e independencia personal (Cabré y Ortiz, 2001).

real que la mujer es la que pare”, explica, “y es indudable que ello tiene repercusión en el ámbito laboral”. De los 6.112 médicos que terminaron ese año el programa MIR de formación de facultativos, el 64,8% son mujeres. La presencia femenina es masiva en obstetricia y ginecología (85%), pediatría (84%) o hematología (79%), según un informe elaborado por el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. En las facultades, el 85% de los estudiantes son mujeres. Los datos son contundentes: la feminización de la medicina es un hecho. Disponible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/13/actualidad/1342209708_807231.html

Consulta [18-7-2013]

Las médicas y su actividad profesional en el siglo XX han sido objeto de estudio en estos años (Ortiz, 2001), en los que el renovado interés por los relatos biográficos ha alcanzado también a las mujeres sanitarias y científicas.

Otra línea importante de investigación historiográfica ha sido el estudio de los procesos de exclusión de las mujeres de la formación académica y del ejercicio de las profesiones. Entre los siglos XII y XVII se produjo en Europa un proceso de organización y consolidación de un sistema de formación y asistencia médica regulado mediante el poder de la ley, que subordinó y excluyó a las mujeres del trabajo sanitario. Se prohibió a las mujeres estudiar en las Universidades y practicar la medicina, se desautorizaron su conocimiento y sus prácticas sanadoras, negándoles la autoría y la autoridad, aunque hubiesen practicado la medicina desde presupuestos científicos (Ortiz, 2001, p.58), «no se las acusaba de ser incompetentes, sino de haber tenido la osadía de curar, siendo mujer» (Ehrenreich y English, 1981, p.19). El estudio del conocimiento experto y de los problemas de la autoría de las mujeres ha sido una línea de investigación clásica de la historiografía feminista, que identifica la autoría individual como una forma potentísima de atribución o usurpación de la autoridad femenina. El caso paradigmático es el de Trota, en el siglo XII, con el nombre de Trótula, convertida en figura de autoridad durante la Edad Media. Su historia ha sido recientemente desentrañada de su compleja obra manuscrita e historiográfica.

Se estudian también las diversas formas de resistencia que desarrollan las mujeres sanadoras y sanitarias:

«La contestación organizada y segregada de las médicas se manifestó ya entre las pioneras a finales del siglo XIX, que crearon escuelas de medicina para mujeres y clínicas atendidas por médicas y tejieron redes de apoyo entre médicas a niveles locales, estatales e internacionales»²⁸ (Ortiz, 2001, p.65).

²⁸ Estas formas de resistencia frente al sistema han continuado formando parte del movimiento feminista en salud hasta la actualidad. Desde la fundación en 1927 de la Asociación de Médicas Españolas, que tenía fuertes vínculos con el movimiento sufragista (Ortiz, 2001, p.67) hasta la Red de médicas y profesionales de la Salud, han existido numerosas organizaciones de mujeres en torno a la salud con el objetivo de desarrollar otros discursos y prácticas no androcéntricas y empoderarse frente a los discursos patriarcales hegemónicos.

Otras mujeres sin licencia para ejercer la profesión, incorporaron sus demandas y prácticas en los movimientos sociales por la salud²⁹.

En la segunda etapa historiográfica (1970-1990) se inicia una nueva línea de investigación, centrada ya en el análisis de los discursos, representaciones o ideas médicas y científicas sobre las mujeres, su naturaleza, su cuerpo, su salud y su papel social en diferentes momentos históricos. Se han estudiado las descripciones y construcciones de la mujer y el cuerpo femenino en los textos médicos de carácter científico en todas las épocas y culturas³⁰, lo que ha contribuido a entender la ciencia médica como una manifestación cultural que en cada época incorpora y crea ideología y valores. Esta línea de investigación se benefició especialmente de la incorporación del análisis de género en los años ochenta.

«En la bibliografía española para el periodo contemporáneo se ha estudiado la construcción científica de la diferencia sexual, el androcentrismo de los discursos biomédicos y los procesos contemporáneos de patologización y medicalización del cuerpo femenino» (Cabré y Ortiz, 2009, p.175).

Estos trabajos se inscriben en una epistemología del «punto de vista feminista» (Harding, 1996) y abogan por un conocimiento situado en el que investigación histórica y activismo social están íntimamente relacionados. Demuestran que la ciencia y la práctica biomédica continúan naturalizando, legitimando y recreando creencias y prácticas culturales que discriminan socialmente a las mujeres. En España hay trabajos que inciden en el androcentrismo epistémico que ha llevado a elaborar la diferencia de la mujer con respecto al varón en términos de ausencia de algo (menos racional, menos moral, menos evolucionada, o menos perfecta),

²⁹ «A mediados del S.XIX, en EEUU, en el Movimiento Popular para la Salud, impulsado por el movimiento feminista y el movimiento obrero, las mujeres constituyeron el núcleo central del movimiento, que representaba un ataque radical contra la medicina de élite y la reafirmación de la medicina popular tradicional. El apogeo del movimiento coincidió con los albores de un movimiento feminista organizado y estuvieron tan íntimamente ligados que resulta difícil decir dónde empezaba uno y dónde acababa el otro» (Ehrenreich y English, 1981, p.25). El movimiento estuvo vinculado a la reivindicación general de los derechos civiles de las mujeres y abogaban ya por el control de la natalidad.

³⁰ Algunas antologías de textos misóginos españoles, que cubren una amplia franja temporal desde la edad media al siglo XXI, recogen también textos médicos (Caballé, 2006).

complementariedad e incluso, a veces, superioridad biológica (Miqueo et alia, 2001).

En esta segunda etapa historiográfica, otra importante línea de investigación es la dedicada a las enfermedades de las mujeres y su categorización (Ortiz et alia, 2008). El estudio de las enfermedades mentales desde la perspectiva de género es un tema clásico que continúa vigente. La histeria como categoría específicamente femenina en el s.XIX y primer tercio del XX es cuestionada a través del estudio de textos médicos de la época, para concluir que estos diagnósticos contribuyeron a enmascarar una situación de subordinación, falta de libertad y posibilidades de desarrollo personal de amplios sectores de mujeres. Las conclusiones de estos trabajos buscan transformar y mejorar las prácticas médicas y alertan sobre el papel similar que pueden jugar síndromes actuales como la fibromialgia o la fatiga crónica.

En España se abordan estos aspectos en el periodo premoderno a partir de fuentes escritas en primera persona, de epistolarios y documentación de carácter personal, para mirar la enfermedad de quienes la vivieron o atendieron de un modo más íntimo. Las autoras medievales castellanas han sido objeto privilegiado de estudio, ya sea por sus relatos sobre un episodio de peste o por su búsqueda espiritual y de sentido propio a la experiencia de la sordera, como el caso de Teresa de Cartagena, documentada por la historiadora Ma Milagros Rivera (Cabré y Ortiz, 2009, p.168). En este sentido, también se han estudiado los relatos de ficción desde la vivencia propia del cuerpo y la enfermedad que las autoras proyectan en sus personajes femeninos. En todos ellos se analiza la presencia implícita y explícita de los discursos médicos, explorando su capacidad para construir la experiencia íntima del cuerpo y la enfermedad, así como la percepción social de ésta (Cabré y Ortiz, 2009, p.168).

Las políticas de salud y sexualidad y el control de la reproducción son un asunto clásico y recurrente de la historiografía feminista desde hace más de 40 años, cuando las investigadoras empezaron a preguntarse por las políticas médicas de control de la natalidad y a deconstruir los argumentos científicos que a lo largo de la historia habían identificado cuerpo femenino y cuerpo reproductor y los habían acabado confundiendo. Esta confusión incidía en la legitimación de la heterosexualidad como única forma de práctica sexual jurídica y socialmente sancionada.

A finales de los años noventa, se retoma la historia de la anticoncepción y del aborto. A diferencia de la orientación de los años sesenta y setenta, más centrada en conocer las formas de control de la sexualidad de las mujeres y el efecto de las políticas natalistas sobre sus cuerpos y sus vidas, la investigación se plantea construir una historia que ponga en relación la experiencia de las mujeres usuarias y las posturas feministas hacia los métodos y tecnologías anticonceptivas con los intereses de la industria farmacéutica y de la profesión médica; se estudian también los debates científicos y sociales sobre la píldora o la legalización del aborto. En España, la investigación histórica centrada en analizar las conexiones y tensiones entre feminismo, ciencia, control de la natalidad y sistema sanitario ha recibido pocas aportaciones desde la pionera Mary Nash. Algunas investigadoras indagan las prácticas abortistas en los primeros años del franquismo³¹ a través de sentencias criminales. Se ha dirigido un mayor interés a estudiar las ideas médicas sobre la educación de las mujeres, la maternidad, el matrimonio, la crianza o el cuidado del hogar y su contribución a ordenar la vida de las mujeres y asentar el orden social burgués durante todo el s XIX y buena parte del XX, comparando los discursos religiosos, los legos y los médicos. El papel de las mujeres como destinatarias y también como transmisoras de nuevas prácticas culturales de salud y sexualidad ha sido otra línea de estudio.

La maternidad como construcción cultural en los distintos contextos históricos, tanto en el hecho biológico como en sus aspectos sociales y culturales, ha sido estudiada por un conjunto de historiadores e historiadoras desde la perspectiva de la historia de las mujeres y de las relaciones de género en el XIV Coloquio de la AEIHM (Franco, 2010). Se abordaron la influencia de la maternidad en la construcción identitaria de las mujeres, las nuevas vías de aproximación a su estudio de la historiografía, el estudio de los imaginarios de la maternidad, conformados entre la religión y la ciencia, la legislación, las medidas legales y las políticas adoptadas

³¹ Las directoras de cine feministas también están contribuyendo con sus películas a recuperar y contar la historia de las mujeres. La película *Historia de un secreto* (2002), de la directora Mariana Otero, partiendo de la experiencia de su madre, que murió por un aborto clandestino en los años 50, relata el ocultamiento social a las hijas de las muertes de sus madres por abortos clandestinos, atribuyéndolas a muertes por peritonitis.

por los diferentes estados, las economías de las maternidad, entre el trabajo y la familia, así como de las construcciones feministas que se han hecho sobre ella.

Un nuevo ámbito de investigación es el intento de “historizar” los modos de intervención de la medicina en el complejo dispositivo sociocultural que construye la diferencia sexual como una categoría integrada por dos sexos atribuyendo a cada uno de ellos una forma específica de sexualidad. Son aproximaciones que entroncan intelectual y políticamente con los estudios queer y que exploran la variabilidad y la maleabilidad histórica del cuerpo sexuado. Así se estudia el papel de la medicina y de la sociedad en el establecimiento de los límites que definen lo masculino y lo femenino y cómo estos son inscritos en el cuerpo humano, pero también las formas de subversión de esos límites mediante la transgresión individual a una asignación de sexo realizada en el nacimiento. Los trabajos sobre el poder de la biomedicina y de sus recursos tecnológicos para establecer la verdad del ser sexuado, atribuir sexo y establecer los estados físicos de normalidad o anormalidad corporal, dentro del modelo de los dos sexos que excluye la posibilidad social del cuerpo hermafrodita, abundan en el cuestionamiento de ese poder y en la fuerza de los consensos entre ciencia y sociedad.

En el periodo contemporáneo, el interés historiográfico por las tecnologías médicas en su dimensión social y cultural, más allá de su eficacia diagnóstica y terapéutica, ha tenido en España un importante desarrollo en la última década y no han faltado trabajos que han estudiado, desde una perspectiva de género, su impacto en la organización sanitaria y su uso clínico, o incluso su efecto invisibilizador del cuerpo materno como es el caso de los métodos de diagnóstico prenatal.

Por su parte, las antropólogas feministas también han documentado la participación de las mujeres en la historia de la salud, mostrando además la diversidad cultural y la enfermedad como una construcción cultural (Esteban et alia, 2010).

La historiografía feminista ha desempeñado un importante papel como legitimadora de las prácticas de las mujeres en el campo de la salud y como introductora de nuevos recursos teóricos, contribuyendo a la construcción de una historia de la medicina no androcéntrica.

1.2. EL MOVIMIENTO FEMINISTA Y LA SALUD.

Expondré en este apartado el desarrollo y la evolución de los discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud desde la década de los setenta, teniendo en cuenta el análisis realizado por Sara Velasco (2009a), que reconoce la presencia de tres modelos para abordar la salud³², relacionados con el desarrollo de los diferentes paradigmas feministas.

La primera etapa (1975-1990) se caracteriza por estar centrada en una mirada y acción dirigidas principalmente a la toma de conciencia de las mujeres, al desarrollo de discursos no androcéntricos, a la creación de un conocimiento en salud que parte de la propia experiencia y del empoderamiento personal y colectivo. Se visibiliza el ejercicio del poder patriarcal del sistema médico y sanitario, su caracterización sexista, misógina y jerárquica, se denuncia el control de la información sobre la salud y del cuerpo de las mujeres. Las prácticas feministas se dirigen hacia el autoconocimiento a través del trabajo grupal y a la creación y autogestión de centros de atención alternativos como forma de soslayar la medicalización y el control de las mujeres por parte del sistema médico y sanitario.

En la segunda etapa (1990-2013) se incorpora la categoría de género en el análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención, se realizan numerosos estudios e investigaciones que dan lugar a modelos de mayor complejidad para abordar estos procesos, al tener en cuenta los múltiples determinantes de género en la salud.

En la actualidad conviven ambas líneas de trabajo. Por un lado, el desarrollo de prácticas dirigidas a la toma de conciencia y empoderamiento de las mujeres, profesionales y no profesionales, y la atención alternativa a la salud desde centros gestionados por mujeres. Por otro, múltiples acciones e investigaciones para conseguir la incorporación de los planteamientos feministas en el

³² Modelo de atención a la salud de las mujeres, modelo de desigualdades en salud y modelo del género como determinante en salud (Velasco, 2009a, pp. 95-120).

sistema sanitario, de modo que exista una atención de calidad y equidad para todas las mujeres.

1.2.1. Primera etapa (1975-1990) Desarrollo de discursos y metodologías propias.

En los años setenta comienza el movimiento de salud de las mujeres en Estados Unidos y en diferentes países europeos, un movimiento para la autogestión feminista de la salud, en sus inicios centrada fundamentalmente en la salud sexual y reproductiva. Las propuestas centrales en esta primera etapa son el acceso al conocimiento como forma de poder y autogestión de la salud, el autoconocimiento a través de los grupos de autoayuda, y la lucha contra el poder médico, el cuestionamiento de la patologización y la medicalización de los cuerpos y los procesos vitales de las mujeres.

«En este marco florecían los centros feministas autogestionados, cuyo objetivo fue consolidar, profundizar y compartir con otras mujeres los conocimientos sobre el cuerpo femenino, la reproducción y el embarazo, y desafiar de este modo la excesiva, según el movimiento feminista de entonces, medicalización del cuerpo femenino» (Fernández Morales, 2008, p.160).

En los grupos feministas en España comenzaron a realizarse también talleres de autoconocimiento, en los que se aprendía a utilizar el espéculo, un símbolo de toma de poder de las mujeres, ya que hasta el momento estaba únicamente en manos de profesionales de la ginecología (Asociación de Mujeres para la Salud, 1987; Taboada, 1978). Rosa Pardo señala que a partir de 1971 surgen

«grupos de autoconciencia, organizados sobre todo por estudiantes universitarias. Son grupos reducidos, bastante cerrados, que organizan discusiones internas para analizar los problemas de las mujeres a partir de las experiencias individuales. Este tipo de grupos utilizaban, de alguna forma, la terapia de grupo en su desarrollo» (Pardo, 1988, p.135)³³.

³³ Pardo también documenta la existencia del Colectivo Feminista Pelvis en Mallorca, en el que participó Leonor Taboada (Pardo, 1988, p.108).

Los talleres de autoexamen y autoconocimiento son considerados una herramienta para reescribir la política del cuerpo y cuestionar el sistema biomédico tradicional, androcéntrico y sexista. Sandra Morgen los nombró «teatro de guerrilla ginecológico», al escenificar la recuperación del control de las mujeres sobre sus propios cuerpos bajo la forma de talleres de autoexamen de la vagina y utilización del espéculo realizados públicamente. El cuerpo también ha sido tratado como lugar de dolor en performances en torno al cáncer, expresando la rebelión ante el lugar asignado al cuerpo y la enfermedad desde el sistema médico, negándose a ser tratadas como un campo de batalla y denunciando las exigencias de pasividad, sumisión y dependencia de los sistemas sanitarios (Fernández Morales, 2008, p.160).

En esta etapa, en España, comienzan a traducirse y publicarse textos relacionados con la salud de las mujeres. Se considera un hito en el inicio del movimiento de salud de las mujeres, la publicación de *Nuestros cuerpos nuestras vidas* por el Colectivo de Mujeres de Boston en 1970, en España en 1977, y en el que participó Leonor Taboada³⁴. Taboada publica posteriormente *Cuaderno Feminista* (1978), que actualmente vuelve a circular a través de la Red de Mujeres Profesionales de Salud³⁵, en el intento de recuperar prácticas olvidadas o arrinconadas por antiguas, pero que ponen en manos de las mujeres herramientas para su autoconocimiento, autonomía y autocuidado y facilitan información y conocimientos para una mejor toma de decisiones en salud ante el sistema sanitario:

«El self-help o autoconocimiento no constituye una alternativa que permite eludir el enfrentamiento con el sistema médico y la exigencia de una reforma de las instituciones sanitarias existentes, pero es vital para llevar adelante ese enfrentamiento» (Ehrenreich y English, 1981, p.82)

La editorial feminista *La Sal* de Barcelona inicia su colección *Cuadernos Inacabados* con un texto sobre *La historia de las*

³⁴ Actualmente es directora de la Revista MYS, Mujer y Salud, editada en Barcelona por CAPS (Centro de Análisis Programas Sanitarios) y todavía activista en el movimiento de salud en Baleares en el colectivo ADIBS.

³⁵ Es una organización informal, de ámbito estatal, en la que participan activistas, académicas y profesionales relacionadas o interesadas en la salud de las mujeres desde sus distintas disciplinas (médicas, enfermeras, matronas, terapeutas corporales, psicólogas, psiquiatras, trabajadoras sociales, sociólogas, periodistas...), impulsada por Carma Valls-Llobet y coordinada por la asociación CAPS desde 1999. Disponible en: <http://www.caps.cat/redcaps.html>. Consulta {16-07-2013}.

sanadoras y la política sexual de la enfermedad (Ehrenreich y English, 1981), al que seguirán otros muchos relacionados con las mujeres y la salud en esa misma colección³⁶.

Diferentes aspectos relacionados con la salud han formado parte de la agenda política del movimiento feminista en España en esta etapa. Dado que no existían derechos sexuales y reproductivos reconocidos, el uso de anticonceptivos estaba prohibido y la interrupción del embarazo penalizada³⁷, las primeras acciones giraron en torno a estas cuestiones, simbolizadas con las frases «anticonceptivos para no abortar, aborto para no morir», «sexualidad no es reproducción», «nosotras parimos, nosotras decidimos» (Cifrián et alia, 1986).

Para dar respuesta a las necesidades de las mujeres en estos aspectos, el movimiento feminista creó centros autogestionados de planificación familiar en diferentes ciudades de España³⁸, algunos de ellos han permanecido activos hasta hace pocos años. Ma Luz Esteban dedica su Tesis Doctoral en 1993 al análisis de los modelos de atención en estos centros, que ponen en manos de las mujeres conocimientos sobre sus cuerpos, su salud, su sexualidad, sus procesos reproductivos, con una atención no medicalizada, centrada en la prevención y el autocuidado, dando herramientas a las mujeres para la toma de decisiones sobre su salud (Esteban, 1994).

Dentro de este marco, se crearon también las primeras casas-refugio para mujeres maltratadas, gestionadas por colectivos feministas³⁹, algunas de las cuales pasarían posteriormente a ser

³⁶ Colección que pasará posteriormente a la Editorial Horas y Horas de la Librería de Mujeres de Madrid. Otros textos publicados son: *Sobre mujer y salud mental* (Sáez, 1988); *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto* (Bezemer et alia, 1994); *Una cuestión incomprensible. El maltrato a las mujeres* (Pérez del Campo, 1995); *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (Lagarde, 2000). En la colección Manuales de Salud publican *Manual de Salud de la mujer* (Mackeith, 1983); *Masturbación* (Wallace, 1986); *Por qué sufrir? La regla y sus problemas* (Birke y Gardner, 1986).

³⁷ El 7 de Octubre de 1978 mediante la ley 45/1978 se despenalizó la venta, divulgación y propaganda de los métodos anticonceptivos y se sancionó su expedición cuando no cumpliera las formalidades legales o reglamentarias. El 25 de junio de 1983 mediante la Ley Orgánica 8/1983, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal, se despenalizó la esterilización voluntaria. El 5 julio de 1985, mediante la Ley Orgánica 9/1985, se aprobó la despenalización del aborto en determinado supuestos.

³⁸ Entre ellos, *Belladona* en Asturias, Centros de Planificación Familiar en Madrid como *Duración*, *Tajos Altos*, *Pablo Iglesias*, *Salud y Mujer*, y diversos centros en Valencia, Sevilla y Barcelona. El Departamento de Historia de la Ciencia y el Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada han realizado una investigación sobre *El activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España* (Ortiz et alia, 2011).

³⁹ *Centre d'informació i d'urgència per a la dona*, gestionado por el Grup L'Alba de Barcelona; *Centro de urgencia y albergue para mujeres agredidas* en Iruñea, Pamplona; *Centro de urgencias y albergue*

gestionadas por instituciones públicas de igualdad o sostenidas con fondos públicos a través de subvenciones.

El cuidado de las relaciones entre usuarias y profesionales en los centros de atención de mujeres para mujeres será también un tema que recibirá gran atención, en la búsqueda de relaciones alternativas, no jerárquicas y de poder, marcadas por el respeto a las decisiones de las mujeres.

En muchas de las ciudades en las que existía un movimiento feminista organizado, existían grupos o colectivos de salud, y comisiones centradas en el derecho al aborto⁴⁰. La Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español realiza reuniones periódicas y Jornadas Estatales, en las que la salud ha sido un tema presente hasta la actualidad⁴¹.

Los colectivos de salud elaboraron revistas⁴², folletos divulgativos y textos para la reflexión y el debate que dan cuenta de esta etapa. Muchos no fueron editados⁴³, pero se conservan en la Biblioteca de Mujeres de Madrid⁴⁴.

para mujeres de la Coordinadora antiagresiones de Gasteiz; *Centro de urgencias y refugio para mujeres* de la Comisión de mujeres separadas de la Coordinadora feminista de Navarra. Toda la información está disponible en: <http://cdd.emakumeak.org/recursos/2371>. Consulta {16-07-2013}.

⁴⁰ Entre los grupos más activos nombramos el *Feminario* de Alicante, *Daia y Dona y Salut* de Barcelona, *Belladona* de Bilbao, *la Asociación de Mujeres para la Salud*, con grupos en Madrid, Valencia, Barcelona y Bilbao.

⁴¹ Las actas de las Jornadas están disponibles en: <http://www.feministas.org/spip.php?rubrique16>. Consulta [28-7-2013].

⁴² La comisión pro derecho al aborto de Movimiento Feminista de Madrid elabora la Revista *Hinojo y Perejil* publicada entre los años 1982-1992. La Asociación de Mujeres para la Salud editó *Cuaderno para la Salud de las Mujeres* y *La Boletina*, que se continúa publicando en la actualidad.

⁴³ En la nota editorial del nº 1 de Cuadernos Inacabados, se afirma que « la elaboración teórica a base de trabajos puntuales de pequeña extensión, elaborados como respuesta a necesidades inmediatas es una característica común a todo el movimiento de mujeres» (Ehrenreich y English, 1981, p.1), motivo por el que nace la colección *Cuadernos Inacabados*, para recoger y divulgar textos con temas en debate y reflexión en el movimiento feminista.

⁴⁴ La Biblioteca de Mujeres es una biblioteca especializada, creada en 1985 en la sede del movimiento feminista de Madrid por la bibliotecaria feminista Marisa Mediavilla, con la finalidad de reunir, organizar, conservar y difundir el mayor número de documentos de y sobre las mujeres, y también para conservar documentos que otras bibliotecas no consideraron ni consideran necesario guardar, como los generados por el movimiento feminista y grupos de mujeres. Disponible en: http://www.mujeerpalabra.net/bibliotecademujeres/pages/catalogos_bibliografias/escr_esp.htm. Consulta {17-07-2013}

Los grupos feministas de salud participan en redes feministas nacionales e internacionales, como la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Sexuales y Reproductivos con sede en Amsterdam⁴⁵ y la Red Latinoamericana ISIS Internacional con sede en Chile⁴⁶, que publicaba y distribuía la Revista *Mujer y Salud*. Existía una relación muy estrecha con las feministas latinoamericanas, y sus trabajos y aportaciones en salud se han incorporado al acervo feminista en España (Burim, 1987; Coria, 1996; Ferreira, 1992; Lagarde, 1990).

Desde el año 1976 se realizan Encuentros Mundiales de Mujeres y Salud para el avance en el análisis y las propuestas feministas en salud, a los que asisten mujeres de los colectivos de salud de España. El último y undécimo, se celebró en Bruselas en 2011 (RIFS, 2012). En Madrid, en 1989, se organiza un Encuentro Feminista Europeo de Salud (Asociación de Mujeres para la Salud, 1989), en el que participaron mujeres de centros feministas de salud de diversos países europeos.

Paralelamente al desarrollo del autoconocimiento y a los derechos sexuales y reproductivos, coexiste otra área de interés, la salud mental y el llamado «malestar de las mujeres», categoría que se utiliza para nombrar el sufrimiento de las mujeres derivado del ejercicio de los roles de género y del lugar asignado a las mujeres por la cultura patriarcal, de la falta de poder y acceso a los recursos y de la violencia estructural. El malestar fue visibilizado ya por Betty Friedan (2009) en *La mística de la Feminidad* como «el problema que no tenía nombre» e incorporado en la teoría feminista de salud (Burim et alia, 1991; Velasco, 2006b).

Se denuncia la medicalización del malestar de las mujeres, visibilizando la relación entre la depresión y los roles de madre y ama de casa, la dedicación al trabajo doméstico y la postergación de los proyectos propios (Rojo, 1980; Sáez, 1988; Sau, 1976). En esta etapa se crean categorías diagnósticas desde el feminismo para evidenciar las causas del malestar de las mujeres, como la «depresión del ama de casa» y el «síndrome del nido vacío», conectando el malestar con las situaciones vitales derivadas de los roles de género. La dedicación al trabajo doméstico y el cuidado de la

⁴⁵ Disponible en: <http://wgnrr.org/history>. Consulta: {17-07-2013}

⁴⁶ Disponible en: <http://www.reddesalud.org/>. Consulta: {17-07-2013}

familia como proyecto de vida se empieza a considerar un factor de riesgo para la salud (Sáez, 1988).

En el mismo sentido, Marcela Lagarde (1990) en su tesis doctoral recogida en su libro *Los cautiverios de las mujeres madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*, crea nuevas categorías como «cautiverios de las mujeres», «madresposas», «doblevida», «sincretismo de género», enriqueciendo los instrumentos epistemológicos para nombrar, analizar y poder comprender la existencia y la diversidad de opresiones que viven las mujeres en la cultura patriarcal y su relación con la salud y la enfermedad. *Los cautiverios de las mujeres* son referentes simbólicos que sintetizan las normas paradigmáticas de género que fundamentan la dimensión patriarcal de la existencia de las mujeres. También Graciela Ferreira nombra como «síndrome de la mujer maltratada» (Ferreira, 1992) la sintomatología que desarrollan las mujeres que viven en relaciones de violencia.

Psicólogas y psiquiatras feministas desarrollan nuevas conceptualizaciones y análisis sobre la depresión y el malestar de las mujeres y sus causas (Burim, 1987; Dio Bleichmar, 1984⁴⁷; Sáez, 1979; Sau, 1981). Se plantean formas de abordar el malestar de las mujeres con metodologías similares a los grupos de autoconocimiento: el trabajo en grupos para la toma de conciencia de las mujeres de la relación del malestar con sus condiciones de vida⁴⁸.

En este contexto, en 1990 se inaugura el Espacio de Salud Entre Nosotras⁴⁹, subvencionado con fondos del 0,5% del IRPF destinado a fines sociales, que continúa funcionando en la actualidad. Su modelo de atención pretende despsicologizar y despsiquiatrizar el malestar de las mujeres, abordando las problemáticas de salud como fruto del sistema social patriarcal. Su metodología es grupal y no utilizan las categorías psicológicas o psiquiátricas tradicionales en sus diagnósticos. Uno de sus programas se dirige a la atención a mujeres

⁴⁷ Emilce Dio Bleichmar recibe el premio ensayo Clara Campoamor del Instituto de la Mujer por su libro *El feminismo espontáneo de la histeria* (1984).

⁴⁸ Entre las pioneras en España, la psiquiatra Carmen Sáez Buenaventura, profesional del sistema sanitario público en el Hospital Gregorio Marañón. Ya en el año 1985 realiza grupos para mujeres con depresión con orientación feminista (Sáez, 1988).

⁴⁹ Disponible en: <http://www.mujeresparalasalud.org/>. Consulta {16-07-2013}.

que han sufridos abusos sexuales y/o incesto (Nogueiras et alia, 1994), pionero en España.

Otras temáticas que se iniciaron en este periodo fueron la sexualidad y el placer⁵⁰, el lesbianismo y las relaciones amorosas entre mujeres como opción sexual, vital y política (Sau, 1979)⁵¹, la maternidad en sus dimensiones emocional, social y política (Burim, 1987; Sau, 1981), las nuevas tecnologías reproductivas (Taboada, 1986), las dependencias afectivas y amorosas, las agresiones contra las mujeres, incluyendo los abusos sexuales y el incesto, así como los debates sobre la prostitución y la pornografía⁵².

El camino recorrido en estos años en la consecución de derechos, en el desarrollo de análisis y elaboraciones teóricas y metodológicas en el ámbito de la salud de las mujeres, ha desembocado en la necesidad de transformar las instituciones sanitarias y en la incorporación de los discursos y propuestas feministas en el sistema nacional de salud para la mejor comprensión y atención a la salud de todas las mujeres.

1.2.2. Segunda etapa (1990-2013). La incorporación del análisis de género.

A partir de la década de los noventa, los planteamientos feministas en el ámbito de la salud se formulan como demandas y reivindicaciones para que las instituciones sanitarias incorporen un modelo de atención que tenga en cuenta las necesidades de las mujeres. La incorporación de activistas feministas del movimiento de salud a las instituciones sanitarias, de igualdad y del ámbito académico contribuirá a ello. Las feministas en las diversas

⁵⁰ En 1989 se publica en la editorial Revolución, en la colección Hablan las Mujeres, una selección de textos del libro *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina* (Vance, 1989).

⁵¹ El Colectivo de Feministas Lesbianas de Madrid edita la revista *Nosotras que nos queremos tanto* desde el año 1984 al 1992. El colectivo de lesbianas feministas de Euskadi publica la revista *Sorginak* desde 1986. Disponibles en: <http://cdd.emakumeak.org/recursos/lista?type=revistas>. Consulta [25-7-2013].

⁵² En mayo de 1990 se celebran en Madrid unas Jornadas de Debate, en la que se abordan estos temas. Las ponencias e intervenciones están publicadas por la Comisión Anti-agresiones y la Coordinadora de Grupos de Mujeres de Barrios y Pueblos del Movimiento Feminista de Madrid (1990).

instituciones trabajan estratégicamente y en coordinación para conseguir la transformación de un sistema sexista, jerárquico, androcéntrico, misógino, que invisibiliza las estructuras sociopolíticas que enferman a las mujeres, que medicaliza sus cuerpos, su sexualidad, los procesos reproductivos, psicologiza y psiquiatiza el malestar producido por las desigualdades de poder y la subordinación, e impide el acceso a los bienes y recursos a las mujeres. Desde las universidades, los centros de investigación, la administración y el sistema sanitario, las instituciones de igualdad, tanto a nivel estatal como autonómico y local, profesionales de diferentes disciplinas emprenden muchos caminos simultáneamente con el objetivo de producir cambios que repercutan en la atención sanitaria pública y alcancen al mayor número de mujeres. Mientras, el movimiento feminista sigue impulsando y desarrollando sus teorizaciones y metodologías en espacios no institucionales, impartiendo talleres, charlas, participando y organizando encuentros y jornadas que permitan debatir, reflexionar y seguir avanzando.

«Existe una masa crítica de mujeres especialistas en los temas tratados, ubicadas en lugares estratégicos para el estudio, investigación e intervención, con altura académica y de responsabilidad en sus áreas, masa crítica que se ha ido alcanzando en los últimos 20 años» (Velasco, 2009a, p. 109)

En esta segunda etapa, se incorpora el género como categoría de análisis. Se inicia con el estudio del impacto de las desigualdades de género en la salud, es decir, «diferencias evitables, innecesarias e injustas, debidas a modos de vida de género» (Velasco, 2009a, p.105), tanto en el acceso al sistema sanitario como en la atención sanitaria. Con el avance de las investigaciones, el análisis de género será considerado en la última década como un factor determinante de la salud y la enfermedad, tanto por factores sociales como subjetivos e identidades de género.

«Ya no se tratan las desigualdades entre hombres y mujeres, sino cómo el género condiciona y afecta cada uno de ellos... no será un proceso de medida, sino de análisis e interpretación de los mecanismos y las relaciones y cómo cambiarlos» (Velasco, 2009a, p.112).

De una forma más elaborada y estructurada, con más herramientas conceptuales y metodológicas, desde el feminismo se

relaciona la salud, la enfermedad y el malestar de las mujeres con los aspectos psicosociales derivados de la posición de subordinación de las mujeres, de las desigualdades y las relaciones de poder, de los diferentes contextos y situaciones vitales de las mujeres, teniendo en cuenta la simultaneidad e intersección de las múltiples desigualdades y las vulnerabilidades específicas que generan la clase, la raza, la condición de migrante, la opción sexual, las discapacidades.

Es éste un periodo de gran desarrollo teórico en el conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, que se estudian e investigan con modelos de análisis más complejos, avanzando en las conceptualizaciones y metodologías para la comprensión y recuperación de la salud. Del cuestionamiento de la ciencia androcéntrica se llega a la elaboración de nuevos marcos teóricos y epistemológicos para abordar los procesos de salud-enfermedad-atención (Esteban et alia, 2010; Valle, 2002; Velasco, 2009a). Se producen aportaciones e interrelaciones entre diferentes disciplinas, que dan lugar a publicaciones colectivas (Díaz y Dema, 2013; Esteban et alia, 2010; Miqueo et alia, 2001; Ruiz Cantero, 2011; Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004). Se continúa teorizando e investigando en las temáticas de salud y enfermedad que ya estaban presentes como objetos de estudio, y afloran otras nuevas, derivadas de las nuevas situaciones que viven las mujeres y los nuevos contextos sociopolíticos.

Dedicaré mayor profundidad al desarrollo de estos aspectos en el segundo capítulo, por lo que mencionaré aquí únicamente las temáticas en las que se desarrollan nuevos marcos teóricos que incorporan el análisis de género y su relación con la salud: la reconceptualización del cuerpo (Esteban, 2004; Fernández Valencia y López Fernández Cao, 2011; VVAA, 2008), los derechos reproductivos y sexuales (Associacio de Dones de les Illes Balears per la salud, 2012; Plataforma de mujeres ante el congreso, 2012)⁵³, la maternidad (Cánovas⁵⁴, 2010; González de Chávez, 2009; Rich, 1996; Sau, 1996; VVAA, 2003b;), las tecnologías reproductivas (Tubert, 1991; VVAA, 2007), el amor (Esteban, 2011), las

⁵³ La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, es fruto de esta nueva conceptualización y del esfuerzo de numerosas feministas.

⁵⁴ Gema Cánovas Sau es psicóloga y continúa las líneas de análisis y reflexión sobre la maternidad iniciadas por su madre, la psicóloga Victoria Sau.

drogodependencias (Bolaños, 2010; Etorre, 1998; Martínez, 2009), la influencia de las condiciones del trabajo en la salud (Forum de Política Feminista, 2012; Instituto de la Mujer, 1997; VVAA, 1999, 2006a), la violencia y la subordinación de las mujeres en un mundo globalizado y su aplicación en el ámbito de la salud (Maquieira, 2010), la lucha contra la medicalización denunciando los intereses de las industrias farmacológicas (VVAA, 2010a) y el ultraliberalismo que se encuentra en la base de la comercialización del cuerpo de la mujeres (VVAA, 2005a), la menopausia (Freixas, 2007), las crisis vitales y los procesos de cambio (Coria et alia, 2005; González de Chávez, 2009; Sáez, 1993), el envejecimiento (Arnedo, 2003; Brown y Laskin, 1993; Freixas, 2013; VVAA, 1999;)⁵⁵. En el campo de la llamada salud mental, se desarrollan investigaciones y nuevas teorizaciones que profundizan en la comprensión del malestar (Dio Bleichmar, 1999; VVAA, 2005b, 2010b), en los procesos de enfermedad de las mujeres y en el desarrollo de claves para abordar los procesos de recuperación (Dio Bleichmar, 2011; Velasco, 2005). Se visibiliza la violencia como causa de malestar y enfermedad (Bosch et alia, 2006; Cobo, 2011; García Mina, 2010; Miguel, 2005; Murillo, 2011; Pérez Viejo y Escobar, 2011; Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004;), la relación entre la subordinación, la inferioridad y la pérdida de autoestima (Lagarde, 2000). Se continúa investigando la situación de las profesionales en el sistema nacional de salud⁵⁶, las mujeres como sanitarias⁵⁷, las identidades profesionales sexuadas y los conflictos de género (Ortiz, 2001; VVAA, 2009), la situación de las mujeres en la producción científica (Miqueo, 2008; Miqueo et alia, 2011), las relaciones de autoridad frente a las relaciones de poder (Miqueo, 2004).

Nuevas temáticas afloran en este periodo: la fibromialgia y el dolor de las mujeres (VVAA, 2003a), el síndrome de sensibilidad química múltiple (VVAA, 2001), el impacto del deterioro del medio ambiente en la salud de las mujeres (VVAA, 2012a), el género como

⁵⁵ En estos temas, sin duda, tiene repercusión la edad y los procesos vitales que atraviesan las pensadoras y activistas feministas. También El Colectivo de Mujeres de Boston, que elaboró en 1977 el emblemático *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, escribió después *Envejecer Juntas* (Doris y Siegal, 1993).

⁵⁶ El número de mujeres en medicina se equipara al de varones en la atención primaria, pero la segregación vertical continúa, y la gráfica de la tijera sigue reflejando la mayor presencia de las mujeres en los estudios universitarios y su infrarrepresentación en puestos de dirección (Uría y Mosquera, 2013, pp.308-309).

⁵⁷ El Observatorio Salud de las Mujeres dedica el Informe Salud y Género de los años 2007-2008 a las mujeres y los hombres en las profesiones sanitarias (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2009).

organizador de las cadenas globales de cuidados (Pérez-Orozco y López Gil, 2011), la salud de las mujeres inmigrantes y la incorporación del análisis de género en la Cooperación Internacional (Montero y Mazarrasa, 2004), el impacto de la guerra en la salud de las mujeres (VVAA, 2004a). Las voces de las mujeres entran también a reflexionar y debatir la bioética (Marsico, 2003) reivindicando su presencia en los comités éticos de los hospitales y denunciando los criterios aplicados en éstos desde una lógica patriarcal. El estudio y la investigación en estas temáticas redunda en que

«la invisibilidad y la medicalización no justificadas de las mujeres son dos fenómenos extremos que se practican en y desde el sistema sanitario. Por una parte se da una desatención a necesidades, patologías o formas específicas de enfermar de las mujeres y, por otra, se realizan intervenciones sanitarias innecesarias –y a menudo iatrogénicas- sobre procesos naturales del cuerpo y la vida de las mujeres» (Uría y Mosquera, 2013, pp.311).

Estas contribuciones señalan la importancia de la apropiación por las mujeres del cuerpo, de la salud, de las decisiones sobre sus vidas, desenmascarando y huyendo de los permanentes y poderosos intentos domesticadores, paternalistas y medicalizadores de una parte del sistema farmacológico y médico. El movimiento por la salud y los derechos de las mujeres continúa siendo necesario ante amenazas tan globalizadas e intereses tan entretreídos con las estancias de poder dentro del sistema sanitario, así como la necesidad de incidencia política para transformarlo (Uría y Mosquera, 2013, pp.320-321).

Los diversos colectivos feministas se organizan en redes a través de internet, compartiendo sus materiales, su saber, sus reflexiones y controversias, sus propuestas y acciones reivindicativas. En 1999 nace la Red de Profesionales de la salud⁵⁸ y en 2002 se crea la Red estatal de organizaciones feministas contra la violencia de género⁵⁹.

⁵⁸ La red cuenta con dos publicaciones periódicas, la revista MYS (1996-2013) y las actas de los seminarios que realizan anualmente (1999-2013), que recogen sus reflexiones, debates y controversias, propuestas, teorizaciones y planteamientos, información científica actualizada, lo que permite conocer las diferencias que generan en el abordaje de la salud los diversos paradigmas feministas, la evolución de las temáticas de interés y preocupación, el desarrollo de propuestas de intervención y modelos de análisis, el proceso de crecimiento y transformación del discurso feminista en salud. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fmatriz.net%2F&ei=5TDyUZ_zBIamO8WQgJAJ&usq=AFOjCNEsKZRHRgwh09YfGSvDV_J8AIuDSQ&bvm=bv.49784469,d.ZWU&cad=rja. Consulta {26-07-2013}. Sobre esta Red, ver también nota a pié de página nº 34.

El activismo contra la medicalización se realiza en los últimos años en base a los numerosos estudios e investigaciones que visibilizan sus efectos dañinos en la salud. La terapia hormonal sustitutiva durante la menopausia, la vacuna contra el virus del papiloma humano, los fármacos para la sexualidad, como el parche de testosterona para el «trastorno del deseo sexual hipoactivo» en las mujeres o para suprimir la menstruación, muestran que

«el sesgo de género actúa favoreciendo la medicalización de comportamientos que habitualmente realizan las mujeres, en contraste con otros que realizan mayoritariamente varones y comportan más riesgo para la salud, por ejemplo el gusto por la velocidad o el riesgo que conlleva practicar determinados deportes de aventura que producen un mayor número de discapacidad y muerte» (Gil, 2006, p.34).

Es interesante señalar que el movimiento por la salud de las mujeres utiliza acciones performativas como forma de expresión y visibilización de su pensamiento y sus reivindicaciones. La expresión de ideas políticas mediante el cuerpo en el espacio público ha sido una de las estrategias centrales del activismo feminista. Las feministas han pintado y escrito sobre sus propios cuerpos, los han exhibido desnudos, los han fotografiado y utilizado como herramienta política. El hecho de exponer el cuerpo, expresar en él y mediante él en el espacio público, tiene en sí mismo un poder cuestionador y subversivo, ya que el orden patriarcal lo ha considerado y asignado al ámbito personal, íntimo y privado, y estas acciones lo transforman en público y político, retando al sistema. El cuerpo feminista se constituye como lugar para la representación y expresión, como materia creativa, en clave biográfica y política, con una dimensión social que manifiesta los debates y tensiones existentes. Un cuerpo que había sido delimitado para el mundo privado, pautado en sus expresiones, movimientos y posibilidades por la cultura patriarcal, es presentado rompiendo con los moldes de la cultura dominante para las mujeres, mostrando partes del cuerpo que han estado altamente sexualizadas, que habían de ir ocultas y que sólo podían ser mostradas en la intimidad y para los varones, exhibiendo, además,

⁵⁹ Disponible en:

http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.redfeminista.org%2Fflared.asp&ei=e1nyUe_gOsm7hAeoulHQAg&usg=AFQjCNEJLkDAGWHegQS1ywCv14oPleQfQg&bvm=bv.49784469,d.ZG4 Consulta [26-7-2013]

cuerpos no normativos y fuera de los cánones de belleza. De ahí su carácter central para el activismo feminista y su poder subversivo y transgresor. Estas performances “obligan” a las personas espectadoras a un ejercicio de relectura y deconstrucción de los significados tradicionales asociados al cuerpo de las mujeres, a enfrentarse a lo oculto, lo negado, lo prohibido, lo que transgrede. Las artistas feministas también realizan performances con el cuerpo como herramienta política, el cuerpo a modo de lienzo, el cuerpo como campo de batalla, con representaciones sobre la experiencia del aborto, la violencia y la prostitución, y la crítica y denuncia de la medicalización, de operaciones y mutilaciones (Bernárdez Rodal, 2011; López Fdz Cao, 2011).

1.3. DISCURSOS Y PROPUESTAS FEMINISTAS SOBRE SALUD EN LAS INSTITUCIONES Y EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

1.3.1. Ámbito sanitario.

Hasta los años noventa, el discurso profesional e institucional sanitario continuaba relacionando las necesidades y problemáticas de las mujeres en salud con su biología. Sara Velasco lo considera como una etapa pre-género (Velasco, 2009a, p.95). Desde un paradigma biomédico, se incidía únicamente en la promoción de estilos de vida saludables y se utilizaba el modelo de estrés para explicar la sobrecarga de las mujeres, sin abordar las causas estructurales y las desigualdades de género en la enfermedad. El malestar de las mujeres se afrontaba bajo la categoría de «lo psicosomático», entendido como problemas psicológicos, individuales, no relacionados con factores socioculturales y de género. Este pensamiento todavía persiste y convive con los nuevos paradigmas.

El lenguaje sanitario es una clara manifestación del sexismo y la misoginia. Es interesante observar cómo se continúan nombrando las categorías profesionales (médicos, enfermeras), «invisibilizando la presencia de muchas profesionales médicas bajo el pretendidamente neutro masculino» (Uría y Mosquera, 2013, p.306), y cómo las mujeres usuarias de los servicios son categorizadas de forma despectiva y devaluadora como «hiperfrecuentadoras», «depresivas», «psicosomatizadoras», «masoquistas», «menopaúsicas», «histéricas», «anorgásmicas», «frías».

Hasta finales de los años ochenta, eran muy pocas las profesionales que incorporaban las teorías feministas o el análisis de género en sus prácticas sanitarias:

«Los y las profesionales de la medicina tienen una enculturación esencialista, biologicista y etnocéntrica del cuerpo y la salud. Por ello, los análisis feministas son percibidos como una amenaza por muchos profesionales, ya que interrogan sus modos de vida, sus actitudes y prácticas asistenciales, el paradigma científico» (Esteban, 2006, p.10).

En la década de los noventa, gracias al impulso de feministas en las instituciones sanitarias y de igualdad, se empieza a incorporar el análisis de género a los procesos de salud-enfermedad-atención en el sistema público de salud. Los estudios e investigaciones se centran, en una primera etapa, en visibilizar los sesgos de género, posteriormente en las desigualdades en salud, para incorporar en los últimos años de la década de los noventa el género como determinante de salud. Sin embargo, todavía en muchos casos, la categoría de género se sigue utilizando como sinónimo de sexo.

Con la divulgación y formación en perspectiva de género, cada vez más profesionales comienzan a tener en cuenta los factores psicosociales derivados del sistema patriarcal y el malestar como una consecuencia de la sobrecarga física y emocional que recae sobre las mujeres, y de la violencia estructural y particularmente la de pareja, como causa de enfermedad y muerte. Algunas profesionales feministas del sistema sanitario público comienzan a publicar sus trabajos⁶⁰. Ellas, a su vez, serán posteriormente formadoras en perspectiva de género en estos temas en las instituciones sanitarias.

Dos instituciones estatales del ámbito sanitario han sido claves por su contribución a la formación de profesionales de salud, la elaboración de materiales formativos y la implantación de políticas públicas sanitarias que tienen en cuenta los aspectos biopsicosociales y de género: El Observatorio de Salud de las Mujeres y la Escuela Nacional de Sanidad.

⁶⁰ Entre otras, la psiquiatra Ana Távara; las médicas Pilar Blanco y Carmen Valls-Llobet; la ginecóloga Paloma de Andrés; trabajadoras sociales como Raquel Millán y Toñi Areitio, todas ellas citadas en la bibliografía de este trabajo.

El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) se crea en 2004⁶¹, adscrito a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la finalidad de disminuir las desigualdades en salud por razón de género. Actúa de manera participativa y colaborativa con profesionales de las Comunidades Autónomas con el objetivo de generar y difundir conocimiento que promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud.

El OSM Inicia su andadura con una Estrategia de Acción 2004-2007. En el año 2005 elabora y publica el primer *Informe Salud y Género 2005*⁶². Este Informe aborda el género como un determinante de la salud. Su objetivo es contribuir a la comprensión de las desigualdades de género en la salud y visibilizar la importancia del papel del Sistema Nacional de Salud respecto a ellas. Aunque todavía se estructura de acuerdo con el modelo tradicional de patrones de comportamiento y enfermedades prevalentes del modelo biomédico, introduce la salud afectivo sexual, las condiciones de vida y trabajo, contemplando las esferas productiva y reproductiva, el trabajo de los cuidados y su repercusión en la salud⁶³. El Informe Salud y Género del año 2006 está dedicado a *Las edades centrales de la vida*⁶⁴ y el

⁶¹ En su creación fue fundamental el convencimiento de su necesidad, así como el esfuerzo, entusiasmo y trabajo de su directora, Concha Colomer, pediatra valenciana y especialista en salud pública, que falleció en mayo de 2011.

⁶² Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>
Consulta [26-7-2013].

⁶³ Diversos estudios encuentran malestar psíquico en las cuidadoras: ansiedad (de un 32 a un 80% de las cuidadoras), depresión (entre un 16 y un 60% de las personas entrevistadas) y niveles elevados de esfuerzo (del 11,6 al 60%, en función del estudio). Este malestar psíquico detectado se suele asociar al grado de incapacidad física de la persona enferma, al tiempo de dedicación, a la enfermedad crónica de la propia cuidadora y a la falta de apoyo. Por otro lado, la presencia de ansiedad y depresión se correlacionan con la disponibilidad de ayuda, el grado de parentesco respecto de la persona enferma y la existencia de esfuerzo en la cuidadora. Además, la carga de los cuidados informales, se agrava en los hogares menos privilegiados (Observatorio de salud de las Mujeres, 2007).

⁶⁴ Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2006.pdf> Consulta {15-07-2013}.

correspondiente a los años 2007-2008 a *Las mujeres y los hombres en las profesiones sanitarias*⁶⁵.

Entre las tareas que tiene encomendadas el Observatorio de Salud de las Mujeres se encuentran:

- La introducción de la perspectiva de género en las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, el seguimiento y la evaluación de su implantación.
- La elaboración de la Estrategia de Salud y Género para ser incorporada en el Sistema Nacional de Salud.
- La elaboración de la Estrategia para la atención al parto normal
- El seguimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la formación de profesionales para su actuación con perspectiva de género⁶⁶.
- Con carácter general, la divulgación de información, la investigación, la formación y comunicación entre profesionales de los sistemas sanitarios de las CCAA⁶⁷.

Por otra parte, La ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, propone en su capítulo III medidas de obligado cumplimiento en el ámbito sanitario ⁶⁸, varias de ellas encomendadas al Observatorio de Salud de las mujeres, como la elaboración de un Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la

⁶⁵ Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2007-2008/informeSaludGenero2007_2008.pdf Consulta {15-07-2013}.

⁶⁶ El área de salud sexual y reproductiva está disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm Consulta {15-07-2013}.

⁶⁷ Los informes, investigaciones, estudios y estrategias elaboradas por El Observatorio de Salud de las Mujeres están disponibles en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm> Consulta {15-07-2013}

⁶⁸ Artículo 15. Sensibilización y formación.1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en este tipo de violencia.2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género. Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la violencia de género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia. La Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial.

violencia de género⁶⁹, la formación de profesionales para la detección, prevención e intervención en situaciones de violencia de género⁷⁰ y la elaboración anual de un Informe sobre Violencia de género⁷¹.

Asimismo, La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, recoge en su artículo 27⁷² la obligación de integrar el principio de igualdad en la política de salud ⁷³, por lo que las tareas encomendadas al OMS dan cumplimiento a la ley.

⁶⁹ El protocolo actualizado en 2012 está disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2012.htm>. Consulta {15-07-2013}. El primer protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género fue elaborado en 2007, disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun.htm> Consulta {15-07-2013}.

⁷⁰ Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/criteriosFormacion.htm> Consulta {15-07-2013}

⁷¹ Se han realizado Informes Violencia de Género desde el año 2005 al 2011, disponibles en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm. Consulta {15-07-2013}

⁷² Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud. 1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. 2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros. 3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

- a. La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
- b. El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
- c. La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
- d. La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
- e. La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- f. La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

⁷³ La presencia de la feminista Soledad Murillo en el Gobierno como Secretaría de Estado de Igualdad también ha contribuido al desarrollo de las políticas de igualdad en el ámbito de la salud.

El Observatorio de Salud de las mujeres, que ha estimulado la concienciación, sensibilización y formación de profesionales en perspectiva de género, ha impulsado la elaboración de materiales, estudios e investigaciones sobre la salud de las mujeres, ha facilitado la relación entre profesionales, sociedades científico-profesionales y organizaciones de mujeres, ha velado para que en las actuaciones de otras áreas del Ministerio se tuvieran en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en salud y se introdujese la perspectiva de género, ha quedado con un mínimo presupuesto, con escaso personal y sin apenas contenido desde junio de 2012, como consecuencia de la política de recortes sociales y, especialmente, de los presupuestos destinados a las políticas de igualdad entre mujeres y hombres.

La Escuela Nacional de Sanidad⁷⁴ ha jugado un papel clave en la formación en perspectiva de género, tanto de profesionales como del personal de gestión sanitaria del sistema nacional de salud. La violencia, la salud mental, la investigación cualitativa, han sido sus líneas de trabajo durante muchos años⁷⁵. Junto con el Observatorio de Salud de las Mujeres ha realizado diversas ediciones del Diploma de Especialización en Salud Pública y Género desde el año 2006 al 2012, Formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género del año 2006 al 2010 y Prevención y atención a la violencia de género para equipos de salud mental⁷⁶. La Escuela Andaluza de Salud Pública ha incorporado también la perspectiva de género en sus líneas de formación y ha editado numerosos materiales de interés⁷⁷.

Por su parte, las instituciones de la administración sanitaria de las Comunidades Autónomas han contribuido también a la formación de profesionales y a la elaboración e incorporación de programas de atención en salud con perspectiva de género, impulsadas por la presencia de feministas en dichas instituciones.

⁷⁴ Con el impulso de Lucía Mazarrasa, feminista, enfermera y activista en el movimiento de salud de las mujeres hasta la actualidad.

⁷⁵ Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-formacion/presentacion.shtml> Consulta {15-07-2013}.

⁷⁶ Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t02.htm. Consulta {15-07-2013}.

⁷⁷ Entre otros, la Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud (2010). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublicaes/content/la-escuela> Consulta {15-07-2013}

1.3.2. El impulso de las instituciones de igualdad a las políticas de salud

En la década de los ochenta comienzan a implementarse políticas públicas a nivel estatal, autonómico y local para la consecución de la igualdad entre mujeres y hombres y la remoción de los obstáculos que impedían el desarrollo y la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida. Feministas de diferentes ámbitos y disciplinas se incorporaron a estas instituciones.

El Instituto de la Mujer ha desempeñado un importante papel en el ámbito de la salud. En 1984, un año después de su creación, y sin disponer de un área de salud en su estructura⁷⁸, organiza las Primeras Jornadas sobre Mujer y Salud en Madrid (Instituto de la Mujer, 1987)⁷⁹. Al año siguiente, las Jornadas se dedican a Mujer y Salud Mental (Instituto de la Mujer, 1988)⁸⁰.

El Instituto de la Mujer ha elaborado y publicado numerosos materiales, documentos, investigaciones y folletos divulgativos sobre la salud de las mujeres, ha apoyado económicamente la traducción⁸¹ y edición de publicaciones sobre salud en un país donde casi todo estaba por hacer. Los 18 folletos de la *Serie Salud*, elaborados con un lenguaje sin tecnicismos para favorecer su comprensión a mujeres con bajos niveles educativos y distribuidos masivamente en toda España de modo gratuito, han abordado muchos de los temas de interés para las mujeres y su salud: anticoncepción y sexualidad, maternidad/paternidad, embarazo, parto y posparto, la interrupción voluntaria del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, la menopausia, la consulta ginecológica, SIDA, chicas adolescentes, mujeres mayores, familia y reparto de responsabilidades, cáncer ginecológico y de mama, violencia, drogas, salud laboral, salud mental, anorexia y bulimia, la salud en las mujeres inmigrantes, la

⁷⁸ Begoña López-Dóriga ha sido Directora del Programa de Salud desde su creación en el año 1989 hasta la actualidad.

⁷⁹ En estas Jornadas se abordaron temas como la maternidad, la planificación familiar, el aborto y la salud laboral. El grupo Feminario de Alicante presenta una comunicación sobre las mujeres y las estructuras patriarcales sanitarias.

⁸⁰ Posteriormente se continuarán realizando otras jornadas estatales sobre salud. En 1999 se celebran en Madrid las *I Jornadas Salud Mental y Género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las Mujeres* (Instituto de la Mujer, 2000). En 2002, en Murcia, el *I Congreso Nacional La salud de las Mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (Instituto de la Mujer, 2002a).

⁸¹ Entre otras, *Mujer y Salud una perspectiva feminista* (Wilkinson y Kitinger, 1996).

salud en las mujeres con discapacidades. En relación a las profesionales de la salud, ha impulsado la formación en perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva, salud mental, atención a adolescentes, y desde el año 1998 inicia la formación en prevención, detección y atención en situaciones de violencia de género⁸². Con el objetivo de sensibilizar a las y los profesionales en el uso de un lenguaje no sexista, publicó *Hablamos de salud en femenino y en masculino* (2006).

En la década de los noventa se crean también las instituciones de igualdad en las Comunidades Autónomas y las Concejalías de Mujer en ayuntamientos gobernados por partidos de izquierda. En sus planes de acción para la igualdad de oportunidades se incluyen programas para la mejora de la salud de las mujeres⁸³. La formación de su propio personal técnico⁸⁴ y de profesionales de la salud ha sido también un área a la que se han dedicado grandes esfuerzos. En general, los organismos de igualdad no son los responsables de la ejecución de los mismos, sino que se trata de estrategias de acción transversal que asignan la responsabilidad de ejecución de muchas de sus acciones a diferentes unidades departamentales. La generalidad en algunos objetivos o acciones propuestas dificultan su implementación y evaluación posterior y en muchos aspectos se mueven en el terreno de los valores, las actitudes y las relaciones sociales, poco cuantificables numéricamente y en el que los cambios se producen desde una perspectiva integral, intersectorial y a largo plazo, característica que dificulta su medición y análisis en los períodos de vigencia de los planes. Exceptuando las reformas legislativas, ha sido difícil evaluar el impacto de estas políticas públicas sobre la salud, o cualquier otro ámbito de intervención de los

⁸² En el año 2002 publicó *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* (Nogueiras et alia, 2000), uno de los primeros manuales para la atención en violencia dirigido a profesionales del sistema nacional de salud.

⁸³ La salud en los Planes de igualdad de oportunidades, se define como un proceso integral que comprende el bienestar emocional, social y físico durante todo el ciclo vital de las mujeres. Inciden especialmente en algunas poblaciones específicas como las adolescentes, las mayores y las mujeres con discapacidad o en riesgo de exclusión social. Proponen que los recursos sanitarios mejoren la información y la atención sanitaria a través de los programas de educación y promoción de la salud en todos los ámbitos —social, cultural, político y educativo, entre otros—, potenciando el autoconocimiento y la autonomía de las mujeres en sus decisiones. Además, plantean promover el reconocimiento de saberes y experiencias de las mujeres y de las asociaciones de mujeres relacionadas con temas de la salud. (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2007, p. 90)

mismos. (Arranz, 1999; Bustelo y Lombardo, 2005; Pablos y Villota, 2000).

Tanto en los planes de salud, como en los de igualdad, se otorga importancia especial a la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres, lo que favorece el mantenimiento del rol reproductivo y de prestación de cuidados asignados a las mujeres (Esteban, 2000). También parece que el reconocimiento de la labor promotora, catalizadora, mediadora, cuidadora y educativa de las mujeres en el campo de la salud que se propone en los planes de igualdad, fomentaría el rol femenino tradicional (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2007, p.91).

El Instituto Andaluz de la Mujer⁸⁵ y el Instituto Canario de Igualdad⁸⁶ han realizado numerosas aportaciones en publicaciones y materiales de salud, así como la organización de Jornadas (Instituto Andaluz de la Mujer, 2007). El Programa Tiempo Propio del Instituto Asturiano de la Mujer se dirigió a la promoción de la salud en mujeres mayores⁸⁷ a través de la realización de numerosos talleres en pueblos de toda la comunidad asturiana.

Las Concejalías de Mujer de los Ayuntamientos, a las que en una primera etapa se incorporan feministas como agentes de igualdad, han jugado un importante papel en la promoción y atención a la salud de las mujeres. La cercanía y accesibilidad de las instituciones municipales que prestan servicios directos de atención y

⁸⁴ Resaltamos el programa de formación en la Comunidad Gallega, dirigido a todo el personal de los centros de atención a mujeres en las cuatro provincias, en el área de salud entre otras (Nogueiras, 2001).

⁸⁵ Disponible en:

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Finstitutodelamujer%2F&ei=VevjUfPpM4eIOOGCqbAO&usq=AFOjCNHetPEmzRoXSHCPHoffSPWN3ps1Cq&sig2=jNz86RBdjYnfZ1rss-Zpew&bvm=bv.48705608,d.ZWU> Consulta { 15-07-2013}

⁸⁶ Disponible en:

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CEMQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.infoisla.org%2Fmujer%2Finstitutocanariomujer.htm&ei=3evjUf2SNYnjOvLegcAF&usq=AFOjCNFyDkxS8AI0a1mI0A6LnHrjIMIp4A&sig2=8WTjXOlq6HUyhGN4fBMFw&bvm=bv.48705608,d.ZWU> Consulta { 15-07-2013}

⁸⁷ Disponible en:

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Finstitutoaasturianodelamujer.com%2Fiam%2Fprogramas%2Ftiempo-propio%2F&ei=7-jiUdaJL4iJPa2OgbgF&usq=AFOjCNHE8ZTtHdOPDrN78qjf9kktSjOHvQ&sig2=dwnCOkHzy9wXc1xO8nfWA&bvm=bv.48705608,d.ZWU&cad=rja> Consulta {15-07-2013}

asesoramiento a la población de modo gratuito contribuye a que sean utilizados con frecuencia. Las mujeres se dirigen a estos espacios en busca de apoyo y claves para sentirse mejor, salir de situaciones de depresión, ansiedad, baja autoestima, aislamiento, violencia, sobrecarga emocional, separaciones y conflictos vitales. Llevan el malestar que, en muchas ocasiones, no es escuchado en el sistema sanitario (Nogueiras, 2010). Entre los programas de actividades dirigidos a las mujeres se realizan numerosos talleres que inciden en la promoción y el cuidado de la salud, como talleres de autoestima, empoderamiento, relaciones madres-hijas, relaciones de pareja, autocuidado. Asimismo, las concejalías ofrecen servicios de atención psicológica, además de asesoría legal y el apoyo de trabajadoras sociales y orientadoras laborales. Son también recursos fundamentales de apoyo y acompañamiento para las mujeres en situaciones de violencia. Han sido, por tanto, espacios de promoción y atención a la salud⁸⁸. En la actualidad, también están desapareciendo debido a los recortes en igualdad.

Igualmente, las Asociaciones de Mujeres han tenido y continúan teniendo un papel activo y de gran relevancia en la promoción y mejora de la salud de las mujeres a través de la realización de actividades y talleres grupales⁸⁹.

1.3.3. Ámbito académico, investigación y sociedades científico-profesionales.

Desde la década de los noventa, existen en España diversos grupos de investigación en desigualdades de género en salud, creados en instituciones de la administración sanitaria como el grupo del Instituto Municipal de Salud de Barcelona, el grupo del Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública, el de la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Grupo de Género y Salud Pública en la Sociedad

⁸⁸ La Concejalía de Mujer de Rivas Vaciamadrid (Madrid) realizó el estudio "El Aula de las Mujeres como espacio de salud" con el objetivo de valorar las repercusiones en la salud del programa realizado durante ocho años en el Aula de las mujeres, en el que se visibilizó que la salud no sólo se cuida desde el sistema sanitario y la importancia del «reconocimiento de otros saberes paralelos y externos a la práctica sanitaria oficial y formalizada» (Uría y Mosquera, 2013, p.306), señalando la necesidad de una estrecha interrelación entre los centros de salud y las instituciones de igualdad. (Nogueiras, 2010)

⁸⁹ Entre otras, Associació de Dones de les Illes Balears per la salut (ADIBS), disponible en: <http://adibs-feminista.org/>. Consulta [4-8-2013]; Xarxa de Dones per la Salut disponible en: <http://www.xarxadedonesperlasalut.org/>. Consulta [4-8-2013]; Asociación de Mujeres para la Salud disponible en: <http://www.mujeresparalasalud.org/>. Consulta [4-8-2013].

Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)⁹⁰ (Velasco, 2009a, p.106).

También en las Universidades se constituyen grupos de investigación en salud en el marco de los Estudios de la Mujer. Entre otros, nombramos el Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM) de la Universidad de Zaragoza, que ha organizado jornadas y seminarios sobre salud y publicado sus actas⁹¹ y numerosos textos e investigaciones sobre salud; el Grupo de investigación del Centro de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Granada, el Seminario Universitario Mujer y Salud en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y el de la Universidad de Alicante, que publica la Revista *Feminismos*, cuyo número 18 ha sido dedicado a *Salud Pública desde la perspectiva de género* (Ruiz Cantero, 2011) y ha elaborado la *Guía de Estadísticas de salud con enfoque de género* (Ruiz Cantero y Papi, 2007); Asimismo, se ha constituido la red de investigación en salud y género de ámbito estatal, coordinada desde el Instituto de Salud Carlos III. La red de investigación en salud y género (RISK) ha publicado numerosos artículos sobre sus investigaciones en salud⁹².

Resalto en el ámbito de los estudios universitarios la consolidación de la especialidad de Antropología Feminista de la Salud en la década de los noventa, y la incorporación de asignaturas específicas de feminismo y salud en las licenciaturas de Antropología. En esos años se defienden las primeras tesis doctorales, se llevan a cabo los primeros proyectos en equipo y comienza la investigación antropológica en salud y género (Esteban, 2010b). Actualmente, La Universidad del País Vasco es la que cuenta con más presencia de

⁹⁰ La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en la que intervienen epidemiólogas feministas, realizó un informe en 2004 sobre la salud pública desde la perspectiva de género, publicado en Gaceta Sanitaria, año 2004, vol. 18, número extraordinario 1 y 2 (VVAA, 2004b).

⁹¹ Disponible en:
http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=siem%20universidad%20de%20zaragoza&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwzar.unizar.es%2Fsiem%2F&ei=ABr0Uai6D8vg7QbzkYHwCA&usq=AFQjCNEzn_jpMA1P9cwtk27RsS0JiNefqg Consulta {26-7-2013}.

⁹² Disponibles en:
[http://scholar.google.es/scholar?q=red+de+investigaci%C3%B3n+en+salud+y+g%C3%A9nero+\(+risk+\)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=-q_0UaFrg4vsBqGFqZqN&ved=0CC0QqQMwAA](http://scholar.google.es/scholar?q=red+de+investigaci%C3%B3n+en+salud+y+g%C3%A9nero+(+risk+)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=-q_0UaFrg4vsBqGFqZqN&ved=0CC0QqQMwAA).
Consulta {27-7-2013}.

profesoras e investigadoras en Antropología Feminista y salud, seguida de las Universidades de Barcelona, Granada y Sevilla.

Los campos de investigación e interés de la Antropología Feminista en salud son fundamentalmente la salud reproductiva y sexual, incluyendo el impacto de las nuevas tecnologías reproductivas, la edad y ciclos de vida, los trastornos del comportamiento alimentario, el uso de sustancias en mujeres, tanto drogas como fármacos, el dolor, las mutilaciones genitales femeninas, las migraciones y la salud, las nuevas masculinidades, la atención a la salud, dentro y fuera del sistema sanitario, los cuidados en el ámbito doméstico, los procesos de autoatención y autocuidado, los dispositivos institucionales de atención a la salud, los grupos de ayuda mutua, la ciencia y tecnología. En estos campos se entrecruzan diversas disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, la medicina, la sociología, la enfermería, y muchas de las publicaciones de las antropólogas feministas se realizan en obras colectivas junto con autoras feministas del ámbito de la salud (Miqueo et alia, 2001; Esteban et alia, 2010). Asimismo es importante resaltar que algunas de las aportaciones de sumo interés para la intervención en salud, provienen de antropólogas que son también licenciadas en ciencias de la salud, algunas de ellas, además, profesoras en diferentes Universidades.⁹³

Por último, es importante señalar que la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, recoge en su artículo 4.7: «Las Universidades incluirán y fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal. Y en su artículo 15.3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia». Sin embargo, el proceso de incorporación de estos contenidos se está produciendo, en su mayoría, como asignaturas optativas o en seminarios y cursos de

⁹³ Su insistencia en la necesidad de adquirir una comprensión de la realidad desde una mirada interdisciplinar y más global y compleja, se manifiesta también en sus trayectorias personales académicas y profesionales.

especialización y no como asignaturas de obligado estudio en las licenciaturas y diplomaturas.

2. APORTACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DEL FEMINISMO EN EL AMBITO DE LA SALUD.

2.1. LA CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA FEMINISTA AL DISCURSO CIENTÍFICO SANITARIO

El feminismo ha deconstruido los discursos patriarcales en todas las áreas del saber, también en el ámbito de la salud, visibilizando cómo los discursos médicos y sanitarios sobre la salud de las mujeres han contribuido a afianzar su inferioridad y su exclusión de la vida pública en base a la biología. El cuestionamiento de la objetividad, neutralidad y universalidad de las ciencias de la salud, la denuncia del androcentrismo, la importancia del marco teórico y el contexto social de las personas que investigan al elegir el objeto de análisis y la metodología ha sido documentada por numerosas investigadoras (Esteban, 2006; Miqueo, 2008; Valls-Llobet, 2009). Carmen Sáez nombró el androcentrismo en la ciencia como «opresión científica» (Sáez, 1988, p.31), señalando que la medicina se vio reforzada por la psicología, que vino a proporcionar a la ciencia oficial nuevas «garantías» en cuanto a la inferioridad femenina. Otras psiquiatras y psicólogas feministas también han realizado una crítica al androcentrismo en estas disciplinas (Bosch et alia, 2006; Moreno, 2009; Sau, 1981).

Desde la medicina se continúa despojando a las mujeres de sus derechos a decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva, de la autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas, limitando su libertad⁹⁴ a través de la biologización, medicalización y patologización del cuerpo, la sexualidad, los procesos reproductivos y el malestar. El feminismo ha revisado los discursos sobre la salud de las mujeres en distintos momentos históricos, ha visibilizado las formas de subversión y resistencia de las mujeres a la patologización y medicalización del cuerpo, la sexualidad, los procesos, cambios y crisis vitales, ha denunciado las categorías diagnósticas que

⁹⁴ En estos momentos, de nuevo cabe la posibilidad de un retroceso en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ante el anuncio de la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

enmascaran la sobreexplotación y las condiciones de vida de las mujeres impuestas por el patriarcado, poniendo en cuestión el modelo de atención a la salud biomédico e individualista, el lenguaje sanitario y las categorías diagnósticas (Valls-Llobet, 2009).

«El conocimiento que existe es discutible. En primer lugar por presentar sesgos de género y, en segundo lugar, por sus carencias temáticas o de enfoque. Los servicios sanitarios y la investigación pueden sesgar su práctica presumiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y de los hombres y sus riesgos son similares o alternativamente, presumiendo que son diferentes cuando realmente son similares» (Ruiz et alia, 2006, p.21).

La crítica epistemológica feminista a la ciencia se ha aplicado también a las ciencias de la salud, introduciendo nuevas categorías científicas feministas. Los análisis y aportaciones a la construcción de otro modelo de salud han sido realizadas desde la diversidad de marcos feministas y de género (Velasco, 2009a) y desde diferentes ámbitos (la investigación, el profesional, el académico, la teoría feminista o el activismo político), que han puesto énfasis en unos u otros aspectos, dando lugar a múltiples miradas sobre los sesgos sexistas en las ciencias de la salud y en la atención sanitaria.

El cuestionamiento de las lecturas reproductivistas y heterocentradas de la vida de las mujeres, «la permanente equiparación entre cuerpo de mujer y cuerpo materno» (Cabré y Ortiz, 2008, p. 17), un «cuerpo fundamentalmente gineco-obstétrico» (Uría y Mosquera, 2013, p.311)⁹⁵, ha producido otro ámbito de investigación y reflexión, dirigido a la desnaturalización de la maternidad, la reproducción y la sexualidad, a la que en los últimos años se incorpora también el estudio y análisis del amor y el cuerpo desde posturas epistemológicas posmodernistas, dando lugar a nuevas conceptualizaciones (Esteban, 2004, 2011).

Las antropólogas feministas han contribuido a desmitificar la maternidad y desligarla del ámbito de lo natural, cuestionando el llamado instinto maternal y la mirada esencialista, para mostrarla como una construcción cultural y una institución cultural más, como

⁹⁵ A pesar de que, curiosamente, en los últimos años, «la introducción de nuevas tecnologías médicas, ha ido haciendo transparente, incluso invisible, el cuerpo femenino en estado de gravidez» (Cabré y Ortiz, 2008, p. 17).

un rol aprendido dentro del sistema sexo-genero y que varía en las distintas culturas. La maternidad no se entiende ni se vive de la misma manera en las diferentes sociedades, existe una gran diversidad de formas de ejercer el maternaje, múltiples maternidades y no una maternidad (Scheper-Hughes, 1997). La antropóloga feminista M^a Luz Esteban señala la supervisibilización de los roles reproductivos de las mujeres y la invisibilización de sus aportaciones a la economía, la cultura, la ciencia o la política (Esteban, 2006, p.12), la necesidad de hacer lecturas sociales que incorporen lo contextual y relacional, frente a lecturas psicológicas de la enfermedad y el malestar de las mujeres, así como de implementar programas sociales frente a programas sanitaristas, que incidan en las causas que llevan a enfermar.

Desde todos los ámbitos y disciplinas, las feministas realizan una crítica de la medicalización de los procesos reproductivos y de la menopausia a través de las terapias hormonales sustitutivas, del malestar de las mujeres por medio de psicofármacos, alertando sobre la llegada de una nueva oleada de naturalización en lo relacionado con la menstruación, la menopausia y la maternidad, el parto en casa, la prolongación del amamantamiento y la utilización del concepto de género de una manera esencialista y dualizado (Esteban, 2006). Asimismo, se considera al sistema sanitario como una de las principales instituciones reproductoras de las relaciones de género, que incluso socializa a las mujeres y a sus parejas masculinas, especialmente en el modo de atender al embarazo parto y puerperio. Se desenmascara, visibiliza, investiga y denuncia la iatrogenia del sistema sanitario y las estrategias actuales para la medicalización del cuerpo mediante alianzas entre algunas sociedades profesionales y la industria farmacéutica.

Sara Velasco (2009a, pp.86-91) analiza cómo se han aplicado en el ámbito de la salud las tres posiciones epistemológicas feministas definidas por Sandra Harding (1996) y los diferentes análisis e investigaciones a las que han dado lugar.

La primera, «el empirismo feminista», subyace en las investigaciones epidemiológicas sobre morbilidad diferencial por sexos, sujetas al método positivista, con el objetivo de cuantificar mediante métodos estadísticos la prevalencia o incidencia de determinadas enfermedades en cada sexo. Los estudios sobre desigualdades de género en salud que investigan factores sociales como causa de las desigualdades, como la clase social, las

condiciones y tipo de trabajo remunerado y no remunerado, el estado civil, el nivel educativo, o variables relacionadas con condiciones socioeconómicas, han producido informes de mucho interés como el Informe SESPAS (VVAA, 2004b), y el informe derivado de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (Instituto de la Mujer, 2010), que incluye por primera vez todos los indicadores desagregados por sexo, edad, clase social, nivel educativo, país de origen y que visibiliza el impacto en la salud de multitud de desigualdades que permanecían invisibles. En estos estudios se incluyen, además, indicadores de alto potencial para el análisis de género, como la salud mental⁹⁶, el trabajo reproductivo, la violencia, el uso de recursos sanitarios, el consumo de fármacos y los sesgos de género en la atención sanitaria, tanto diagnósticos como terapéuticos.

La médica Carmen Valls-Llobet ha estudiado extensamente la invisibilidad de las mujeres en las ciencias de la salud (Valls-Llobet, 2006) y la mirada sesgada que produce sobre la salud de las mujeres. Está liderando una línea de investigación en la medicina que estudia la morbilidad femenina diferencial y que ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales para la atención clínica a la sintomatología que manifiestan las mujeres, considerada subclínica hasta el momento, al compararse con patrones masculinos. Sus estudios en relación al dolor, la fibromialgia, las enfermedades tiroideas, las anemias y la fatiga crónica, entre otras, están contribuyendo a mejorar el bienestar, la salud y la calidad de vida de las mujeres.

Se sitúan también en el «el empirismo feminista» las investigaciones que miden los sesgos de género en la atención en los servicios sanitarios cuantificando el diferente esfuerzo diagnóstico o terapéutico que se realiza para cada sexo, identificando diferencias de trato debido a estereotipos de género activos en el medio sanitario (Ruiz-Cantero, 2001; Valls-Llobet, 1991). Estos estudios están

⁹⁶ Estos estudios han venido a confirmar, de nuevo, las diferencias en la proporción de mujeres diagnosticadas con depresión en relación a los hombres, así como el aumento de las tasas de enfermedad mental en las mujeres después de haber contraído matrimonio, mientras que disminuyen en las solteras, separadas, divorciadas y viudas. En los hombres, la frecuencia de trastornos psíquicos es mayor entre los solteros (Sáez, 1988, p.35). Estar casada es un factor de riesgo para las mujeres y un factor protector para los hombres (Valls-Llobet, 1991). El análisis y la interpretación de estos datos desde la perspectiva feminista relaciona la mejor salud de los hombres casados con los cuidados y afectos que reciben los varones de las mujeres –madres, hijas, esposas- a lo largo de sus vidas y la peor salud de las mujeres con la postergación de sus deseos y la sobrecarga física y emocional de los cuidados. «La paciente tipo que acude a solicitar asistencia psiquiátrica responde mayoritariamente al patrón de mujer casada, ama de casa, con hijos y cargas familiares, de 25 a 45 años» (Huertas, 1998, p.40).

proporcionando mucha información sobre los sesgos androcéntricos invisibles hasta el momento y aportando conocimientos sobre las diferentes formas de enfermar de hombres y mujeres y de ser atendidos por los servicios sanitarios (Valls-Llobet, 2006)⁹⁷. Al utilizar métodos validados por la ciencia, son más fáciles de aceptar y ponen en valor ese conocimiento en el ámbito científico. Sin embargo, al no violentar el paradigma científico hegemónico, no cuestionan el sesgo androcéntrico en la selección de los problemas a investigar y el tipo de preguntas. Asimismo, el marco teórico de análisis se estrecha a lo biosocial, excluyendo la subjetividad en los procesos de salud-enfermedad.

M^a Luz Esteban va más allá de esta posición empírica feminista señalando que

«el problema es más profundo y probablemente el concepto de sesgo, entendido habitualmente como “desviación” no nos ayude demasiado a comprender la trascendencia del mismo. No se trata de simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad» (Esteban, 2001, p.35).

La segunda posición epistemológica, el «punto de vista feminista», plantea estudios sobre problemas que tienen relevancia para las mujeres o para las relaciones de género. Se estudia desde esta posición la influencia de los factores psicosociales en la salud, como la doble jornada o la asunción de los cuidados por parte de las mujeres. Este punto de vista genera otro tipo de conocimiento de mayor relevancia para la salud de las mujeres, frente al estudio de los factores de riesgo clásicos en el modelo biomédico, como el consumo de tabaco y alcohol o la realización de ejercicio⁹⁸. Se utilizan métodos de investigación cualitativa, ya que también se explora la experiencia vivida por las mujeres. Esta posición tiene más dificultades de aceptación en el ámbito científico que el empirismo feminista, ya que visibiliza aspectos de la salud y la enfermedad que pueden no ser considerados relevantes, objetivos y medibles, a

⁹⁷ El caso de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres es emblemático, ya que la sintomatología de un posible infarto que manifiestan las mujeres difiere sustancialmente de la manifestada por los hombres.

⁹⁸ El primer Informe Mujer y Salud realizado en 2005 por el Observatorio de Salud de las Mujeres muestra la presencia de ambos modelos, al incorporar factores psicosociales al modelo biomédico.

pesar de que metodológicamente está empezando a encontrar un cierto reconocimiento. La línea de enfoque de género, desarrollada a finales de la década de los noventa, se sitúa en esta posición. Los estudios ya no se interesan en un proceso de medida, sino de análisis e interpretación de los mecanismos de estructuración de las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres y como cambiarlas.

La producción de conocimiento en salud desde la tercera posición, «el posmodernismo feminista», tiene dificultades de aceptación en el paradigma biomédico y el positivismo, al incorporar la subjetividad, su construcción social, el sistema sexo/género, los roles y relaciones de género y poder, la organización y división sexual del trabajo, las estructuras familiares, las identidades sexuales y de género, teniendo en cuenta la experiencia diversa según la clase social, la etnia, la cultura, la orientación sexual. Este tipo de investigación está produciendo conocimiento nuevo sobre cómo todos estos factores influyen en las formas de enfermar de las mujeres y también de los hombres y deben ser considerados en la atención sanitaria.

Las tres posiciones son necesarias en la actualidad, ya que el conocimiento sobre salud y género, todavía incipiente, necesita obtener resultados en todos los campos. «Los estudios de género y salud han ido progresivamente incorporándose en la literatura científica y en estos momentos nadie discute la influencia del modelo patriarcal en el mantenimiento de las desigualdades en salud» (Tomás et alia, 2006, p. 8).

M^a Luz Esteban, junto con Teresa del Valle (2002), propone un modelo para el estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención, con una visión holística y a la vez sensible a lo local y lo particular, que incorpora la multicausalidad, lo multidimensional y la perspectiva constructivista en el siguiente marco etnográfico:

- Subestructuras del sistema de género: la división sexual del trabajo, las relaciones de poder, la organización de las emociones y la sexualidad.
- Niveles de generización, a nivel macro y micro: normativo-institucional, ideológico-simbólico, conformación de identidades, procesos de socialización, relacional, corporal.

De este modo, el análisis y estudio de la salud y enfermedad se liga a la vida y a los factores sociales, históricos y culturales en

interrelación. Para ello, M^a Luz Esteban considera necesario un conocimiento interdisciplinar y negociado (Esteban, 2006, p.13)

También Sara Velasco (2009a) elabora un modelo de análisis de determinantes de género, basado en la interacción entre el sistema biopsicosocial y el sistema sujeto/sexo/género, a partir del cual propone un método para la práctica del enfoque de género en programas de salud (2008) y en la práctica clínica (2009b).

2.2. CONCEPTUALIZACIONES FEMINISTAS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

En las diferentes teorías sobre la salud desde el modelo biomédico, estaba ausente e invisibilizada la existencia de las mujeres. El feminismo viene a visibilizarla y se ocupa de los efectos sobre la salud de las diferencias y relaciones entre los sexos, de la diferente valoración cultural y social y de la jerarquía, las relaciones de opresión y poder y sus repercusiones en la salud de las mujeres. Desde el feminismo se han producido modelos de atención a la salud críticos con el modelo hegemónico que cuestionan la determinación biológica, introduciendo los factores sociales y la subjetividad. La enfermedad será un proceso biopsicosocial y expresión de los conflictos derivados de la posición de género.

Los diversos marcos teóricos feministas (Amorós, 1995; Posada, 2012) han generado diferencias en las formas de conceptualizar la salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres, así como diferentes líneas de investigación y desarrollo de la teoría feminista en salud. En el conocimiento actual sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, se incorporan e interrelacionan los diversos marcos teóricos derivados de las diferentes corrientes feministas.

2.2.1. La interrelación entre la Teoría feminista y los discursos feministas sobre la salud.

Sara Velasco (2009a, pp.95-120) analiza, describe y relaciona la intersección entre las teorías de la salud y la teoría feminista.

En el marco del feminismo liberal, Betty Friedan, en su libro *La mística de la feminidad* publicado en 1963, (Friedan, 2009, pp.35-74), describe y visibiliza por primera vez el malestar que sentían las mujeres dedicadas a ser esposas y madres, un malestar que estaba

oculto y silenciado y no tenía nombre. Friedan lo relaciona con un modo de vida, la dedicación al cuidado del marido y de las hijas e hijos, y con la rutina que supone el trabajo doméstico y el cuidado de las criaturas. Este modo de vida, muy al contrario de lo que prometía la mística de la feminidad, produjo en las mujeres sentimientos de ansiedad, depresión, descontento, desesperación, frustración, enfado, rabia, ganas de llorar, de salir corriendo de casa y pasear por las calles, incluso vergüenza por sentirse mal, cansancio, pérdida de energía, necesidad de dormir mucho. Este malestar ya fué nombrado por algunos médicos como «el síndrome del ama de casa» o «la fatiga del ama de casa». Algunas mujeres desarrollaban una sintomatología propia, como ampollas sanguinolentas en brazos y piernas, a la que algunos profesionales sanitarios llamaron «la epidemia de las amas de casa», ya que no se trataba de una alergia a los detergentes ni se curaba con cortisona. Mediante el consumo de tranquilizantes y otros psicofármacos se intentaba acallar el malestar de las mujeres, que estaba delatando un problema relacionado con los mandatos de género y el desempeño de los roles asignados a las mujeres.

El concepto de malestar de las mujeres se ha incorporado al conocimiento feminista en salud, en el análisis y las propuestas para la promoción y la atención a la salud de las mujeres y ha generado una línea de investigación e intervención ⁹⁹. En la actualidad se considera un determinante de la salud de las mujeres. El malestar derivado del rol de ama de casa y de cuidadoras es también uno de los aspectos que se abordan y trabajan desde hace años en las Asociaciones de Mujeres, en los programas de las Concejalías de Mujer y recientemente en algunos servicios sanitarios.

En el marco del feminismo liberal se realizaron, además, otras aportaciones en el ámbito de la salud. Se visibilizó el poder médico masculino sobre las mujeres, especialmente de la ginecología y la psiquiatría, por lo que se propuso y promovió la presencia de mujeres en estas áreas, considerando que el aumento de mujeres en las carreras médicas produciría cambios en la atención a la salud. Las

⁹⁹ En 1988 la psiquiatra feminista Carmen Sáez Buenaventura recoge en su libro *Sobre Mujer y Salud Mental* su trabajo con *Grupos de Terapia de orientación feminista para amas de casa con depresión*, actividad que realizaba en el Hospital público Gregorio Marañón. Mabel Burim, psicóloga argentina, escribe en 1990 *El Malestar de las Mujeres, la tranquilidad recetada*. El Instituto de la Mujer ha publicado en 2006 *Atención biopsicocial al malestar de las mujeres* de Sara Velasco, un manual para la intervención en atención primaria de salud.

propuestas de las feministas liberales se dirigían sobre todo al cambio de la vida personal y a la reivindicación de la igualdad de oportunidades de las mujeres en el acceso al ámbito público y laboral. No se realizaban todavía análisis de las causas estructurales de la opresión de las mujeres. La crítica feminista posterior señala que los análisis y propuestas del feminismo liberal se refieren únicamente a las mujeres de clase media, heterocentradas, aunque tomando a las mujeres como grupo homogéneo, sin analizar las diferencias de clase.

El feminismo socialista vendrá a señalar la relación existente entre las desigualdades en salud entre mujeres y hombres y la división sexual del trabajo productivo y reproductivo, la discriminación de las mujeres en el mundo del trabajo, los riesgos derivados del entorno laboral y la sobrecarga de las mujeres por el cuidado y la maternidad, la triple carga, todo ello relacionado con la clase social. Este análisis está vigente en la actualidad en su aplicación en las políticas de salud, entre cuyos objetivos está la reducción de las desigualdades de género en salud y la consecución de la equidad en el acceso a los recursos de salud¹⁰⁰.

El feminismo radical (Millet, 2010) desvela la estrecha relación entre el lugar asignado a las mujeres por el patriarcado y el malestar y la enfermedad. Centra sus análisis en la reproducción de las relaciones patriarcales de poder en el sistema de salud y el papel de la medicina en el mantenimiento de la familia patriarcal, adaptando a las mujeres para que permanezcan en sus roles de cuidado y maternaje, impidiendo todo lo que pueda subvertir ese orden, como otras opciones sexuales, la elección de la no maternidad¹⁰¹, o los deseos de autonomía de las mujeres, que son frenados con psicofármacos. Se oprime a las mujeres no solo como pacientes, sino por la distribución sexista de las profesiones sanitarias. De aquí se inicia una fuerte corriente centrada en el desarrollo de la autoconciencia y de la apropiación del conocimiento sobre salud, la creación de servicios propios, con metodologías dirigidas a la liberación de las mujeres y su autonomía frente al sistema, buscando

¹⁰⁰ Entre otros estudios, en el Informe SESPAS dedicado a la salud pública desde la perspectiva de género y clase en *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18. Número extraordinario 1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/sespas>. Consulta [25-7-2013].

¹⁰¹ «La mujer que no es madre perturba el orden establecido, atenta contra el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico entre hombres y mujeres» (Tubert, 2011b, p.34).

soluciones colectivas a problemas que, aunque parecen individuales, no lo son. Los problemas personales son políticos. Nace el movimiento por la salud de las mujeres, que plantea la necesidad de realizar transformaciones en la estructura social y política y no solo a nivel individual. La terapia adquiere una dimensión política, y tiene el objetivo de analizar las condiciones de vida y promover no sólo cambios personales, sino también colectivos. Los grupos no se nombran como grupos terapéuticos, sino como grupos de autoconciencia, o grupos de reflexión como los ha nombrado Mabel Burim (Burim et alia, 1991, p.225), en la actualidad también de empoderamiento (Lagarde, 2005) Estos planteamientos han sido muy fructíferos y ricos y han dado lugar a la creación de centros autogestionados de salud para mujeres en muchos lugares, grupos de mujeres para la autoconciencia y el autocuidado, línea que también permanece en la actualidad. La experiencia de las mujeres se considera una fuente de saber.

El feminismo cultural puso en el centro de los análisis la heterosexualidad como institución que mantiene el orden patriarcal y que en la actualidad nombramos como heteropatriarcado, con el objetivo de visibilizar que el patriarcado se sustenta en la heterosexualidad obligatoria (Rich, 2002). Por ello, en el feminismo cultural se considera de radical importancia la necesidad de reforzar los vínculos entre mujeres. Sus análisis y la lucha contra la violencia masculina hacia las mujeres (Lorde, 2003; Rich, 1983) son el germen de uno de los principios del enfoque de género en la actualidad. La mirada androcéntrica sobre la maternidad y la sexualidad son también objeto de crítica y teorización. Incorporan la necesidad de tener en cuenta la intersección de la clase y la raza con el género.

El pensamiento de la diferencia sexual abre otra línea de investigación y conceptualización de los procesos salud-enfermedad-atención. Adquiere importancia la subjetividad y las experiencias de profesionales y usuarias ante la enfermedad y el dolor (Hypatia, 2004; Lusiardi ¹⁰², 2008), las relaciones entre profesionales y usuarias, incorporando la categoría de autoridad frente a la de poder y reconceptualizando y reescribiendo la historia de las mujeres en la búsqueda de esas relaciones de autoridad (Miqueo, 2004).

¹⁰² Delfina Lusiardi forma parte de la Asociación Metis, Medicina e Memoria del Centro Internazionale di Studi e Terapie per la Salute delle Donne. Describe en su texto *Lejos de los Caminos Trillados* su experiencia de cáncer y los procesos por los que ha atravesado, tanto sus vivencias como en la atención sanitaria, a la que cuestiona por tecnológica y fragmentadora del cuerpo.

Las aportaciones del ecofeminismo al ámbito de la salud en su versión clásica, están teniendo repercusiones en la actualidad en la naturalización de las mujeres desde un planteamiento esencialista, al entender que las mujeres tienen una mayor proximidad a la naturaleza de una forma más instintiva y naturalizada, volviendo a la idealización de la maternidad y a proponer que las mujeres se dediquen más a las funciones de mantenimiento de la vida. De aquí se derivan las corrientes de la naturalización del parto y la lactancia. Las corrientes espiritualista y ecologista inciden, sin embargo, en la necesidad de acciones comunitarias y colectivas de empoderamiento de las mujeres (Puleo, 2011).

Entre feminismo y psicoanálisis ha existido una relación controvertida. Numerosas feministas han realizado una crítica al psicoanálisis¹⁰³ señalando que no cuestiona la desvalorización y desventajas sociales de las mujeres, sino que parece apreciar la inferioridad como natural y constitutiva del psiquismo femenino, llegando a acusar al psicoanálisis de connivencia con el patriarcado. Sin embargo, posteriormente se produce una mayor convergencia entre feminismo y psicoanálisis, en España de la mano de psicoanalistas feministas como Silvia Tubert y Emilce Dio Bleichmar. El feminismo necesitaba una teoría para explicar los mecanismos por los que el patriarcado coloniza la subjetividad, cómo se perpetúa la dominación y cómo se internalizan los mecanismos de subordinación y opresión. A partir de aquí, los métodos de intervención feministas buscarán cambios en la subjetividad. El enfoque de género en salud incorpora este aspecto. El feminismo psicoanalítico aporta la comprensión de la subjetividad en la forma de enfermar, y fundamentará métodos para los grupos de mujeres, para el trabajo en la autoestima y repensar los modelos de vida y alternativas de cambio, que han sido y siguen siendo instrumentos feministas de promoción y atención a la salud.

El feminismo posestructuralista o postmoderno en salud viene a señalar que

«no hay un género femenino o masculino, sino modelos de género: tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario y otros posibles, que proponen roles de género a hombres y mujeres acordes con cada uno

¹⁰³ Entre ellas Simone de Beauvoir, Kate Millet, Eva Figs, Germaine Greer, Shulamith Firestone.

de estos modelos. Cada rol de género se acopla con un tipo de identidad o subjetividad» (Velasco, 2009a, p.112).

Sara Velasco los incorpora en su modelo de intervención en salud como determinantes psicosociales de género (Velasco, 2009a, pp.147-186). Hace hincapié en la necesidad de tener presentes los factores de vulnerabilidad para la salud que proceden de las identidades, y muy especialmente de la estigmatización, discriminación y exclusión de las personas que no consiguen identificarse con un lugar de hombre o mujer clásicos y su exposición casi constante a ser objetos de violencia. Este planteamiento contribuye a romper con el sistema heterocentrado:

«En este marco, la identidad lésbica ha atravesado de puntillas y silenciosamente en el feminismo prácticamente desde sus comienzos, tan silenciosa e invisible como lo ha hecho en la sociedad del siglo XX. Apenas ha ocupado espacios periféricos en el discurso feminista, aún cuando este discurso fuera mantenido por lesbianas feministas que siempre han estado fuera del movimiento» ¹⁰⁴ (Velasco, 2009a, p. 82).

Los modelos feministas actuales para el análisis y la intervención en salud integran los diferentes planteamientos que el desarrollo del feminismo ha ido generando.

La conceptualización actual relaciona la salud de las mujeres con la interiorización e incorporación de los mandatos tradicionales de género en la subjetividad, la postergación de los propios proyectos y deseos, la asunción y el desempeño de los roles asignados, el trabajo doméstico y los cuidados a otras personas, la vivencia del cuerpo, la sexualidad, el amor y el ejercicio de la maternidad según los patrones tradicionales de género, la violencia estructural y la falta de poder y acceso a los recursos y bienes sociales, la posición subordinada de las mujeres en el ámbito privado y público.

2.2.2. Resignificando viejos temas

El feminismo ha relacionado los procesos de salud y enfermedad con numerosos factores biopsicosociales y de género que

¹⁰⁴ Las feministas lesbianas han trabajado en todas las luchas relacionadas con el heteropatriarcado: el derecho al aborto, el acceso a la anticoncepción, la violencia masculina en la pareja.

considera determinantes para el bien estar de las mujeres, y que, por tanto, se han constituido en temáticas objeto de pensamiento, estudio e investigación a lo largo de los años. La vivencia del cuerpo, la sexualidad, el amor, la maternidad, los roles de género, los cuidados, la identidad, las crisis vitales, el envejecimiento, la medicalización, la feminización de la pobreza, la falta de poder y de apoyo social, la violencia, son temáticas que han permanecido presentes en el tiempo como aspectos centrales estrechamente relacionados con la salud, aunque reelaboradas y formuladas con el transcurso de los años de una forma mucho más compleja. Estas temáticas serán incorporadas en el trabajo con las mujeres en la promoción y cuidado de la salud desde el feminismo y reelaboradas pedagógicamente por las profesionales que trabajan en salud para poder ser transmitidas y posibilitar que las mujeres de diversos niveles culturales puedan acceder a otras posibles miradas, posicionamientos y claves vitales para una vida más libre y satisfactoria¹⁰⁵. En este apartado haré una breve descripción de las conceptualizaciones feministas en estas áreas temáticas y su relación con la salud.

El cuerpo es uno de los territorios centrales para la articulación de los enunciados feministas y la materialización de la subjetividad.

«La teoría y praxis feministas han situado el cuerpo en el centro de su mirada, elaborando propuestas muy diferentes e incluso irreconciliables que, sin embargo, coinciden en lo que Barbara Kruger brillantemente sintetizó en el aforismo que estructura su obra, *Tu cuerpo es un campo de batalla*»¹⁰⁶ (Cabré y Ortiz, 2008, p.9).

El cuerpo, que había estado «habitado por fantasmas clericales, demonios patriarcales y prejuicios cartesianos» (Cerón, 2003, p.5), ya no se entiende como un ente estrictamente natural y estable, sino como el lugar donde lo personal, lo cultural y lo político confluyen y se expresan. Ma^a Luz Esteban (2004), en su libro *Antropología del cuerpo. Género, Itinerarios corporales, identidad y cambio*, recoge la

¹⁰⁵ Algunos de estos temas también han sido reelaborados para el ámbito educativo (Altable, 1998, 2000; Hernandez y Jaramillo, 2003; Urruzola, 1997).

¹⁰⁶ Colectivo Ma Colére (2006).

historia feminista en relación a la conceptualización del cuerpo y la creación de nuevas categorías para pensarlo personal y políticamente. Propone una teoría y metodología corporal feminista. Es la suya una propuesta de hablar desde el cuerpo y no sobre el cuerpo, de un cuerpo vivido, experimentado, agente, en proceso, en itinerario corporal a lo largo de la vida. «El empoderamiento social de las mujeres es y será siempre corporal o no será» (Esteban, 2004, p.11). Señala que las desigualdades sociales y de género están inscritas en el cuerpo. La identidad de género es siempre una identidad corporal. Las prácticas de género son físicas, sensoriales, motrices, emocionales y las luchas feministas son luchas encarnadas. Convertirse en mujer implica un trabajo corporal de generización. El cuerpo también se construye, no sólo el género. Es a partir de la existencia del sistema de género heteropatriarcal que se construye el sexo y no al revés. La antropología feminista del cuerpo incorpora el cuestionamiento de la dualidad entre los sexos y los géneros, rompiendo las dualidades. En este marco, la diversidad de mujeres que se sienten fuera de la dicotomía tradicional sexo-género, pueden encontrarse reconocidas y nombradas, validadas para existir. Ofrece a todas la posibilidad de situarse y expresarse también corporalmente en un continuo diverso y plural. M^a Luz Esteban analiza también la relación entre cuerpos y políticas. El cuerpo está siendo procesado social y políticamente como lugar de resistencia y creatividad, además de sometimiento y dolor, y esto ha permitido que las mujeres se conviertan en agentes de sus propias vidas y no sólo en víctimas. Los itinerarios corporales son también itinerarios de autotransformación.

El feminismo puso el cuerpo en el centro de la lucha y la reivindicación. Durante un tiempo, el cuerpo político del feminismo era un cuerpo reproductivo y sexual. Propone hacer otra ola de enculturación del cuerpo desde el feminismo. M^a Luz Esteban plantea la necesidad de encontrar nuevas encarnaciones de lo político, expresiones corporales de las reivindicaciones sociales actuales:

«En estos momentos estamos un poco huérfanas de corporalidades colectivas específicas. Necesitamos encontrar formas de expresar la precariedad laboral, la crisis de los cuidados, tantas formas de subordinación además de la sexual y materna» (Esteban, 2010a, p.395).

El trabajo en la promoción y cuidado de la salud desde el feminismo ha incorporado la necesidad de abordar la vivencia del

dolor y la enfermedad, que «se ha encarnado en el propio cuerpo a través de los abusos y agresiones psíquicas, físicas y sexuales» (Valls-Llobet, 2006, p.17), de cuestionar los mandatos y modelos de género relacionados con los ideales y patrones de belleza, que han pasado a formar parte de la subjetividad (Wolf, 1992), de crear un simbólico corporal positivo (Maza et alia, 2009), de empoderar los cuerpos de las mujeres. Para ello, se trabaja con las mujeres el desarrollo del autoconocimiento, la autoconciencia, la escucha y el autocuidado, el disfrute y el placer, el erotismo, en definitiva, se trata de potenciar otra mirada sobre el cuerpo, que había sido negativa y limitante (Paredes y Galindo, 1998; Sanz, 1991; Yago, 2001). También se incorpora el trabajo corporal en relajación, respiración, masaje y diversas prácticas tomadas de culturas orientales, como yoga o taichi, así como el aprendizaje de la autodefensa física y psicológica como herramienta para el empoderamiento ante las múltiples violencias.

La sexualidad ha sido otro de los temas centrales para el feminismo y también una cuestión clave en los procesos de salud-enfermedad-atención. Las repercusiones del sometimiento de la sexualidad de las mujeres a las demandas y deseos masculinos, las relaciones sexuales impuestas como «débito conyugal», los abusos y la agresiones sexuales, el ejercicio de la prostitución y sus consecuencias en la salud, han sido ampliamente documentadas (Pérez Viejo y Escobar, 2011; Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004). El feminismo también ha cuestionado el discurso del sistema sanitario sobre la sexualidad, que incide en los peligros para la salud y los riesgos de enfermedad¹⁰⁷, por lo que ha centrado sus esfuerzos en la conceptualización de la sexualidad como una fuente de placer y comunicación, que hace posible una vida más íntegra, plena y con mayor salud (Creación Positiva, 2009; Sanz, 1991; VVAA, 2006b).

En la actualidad, desde la teoría feminista la sexualidad se analiza como una construcción cultural heteropatriarcal, aunque todavía conviven los viejos discursos heterocentrados sobre la sexualidad con análisis de las sexualidades no normativas. El impacto

¹⁰⁷ La nomenclatura ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) ha sido cambiada por ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) por la presión de ginecólogas feministas, en el intento de contribuir a romper esa asociación entre enfermedad y sexualidad.

en la salud de las lesbianas de la lesbofobia, la invisibilidad, el ocultamiento y la exclusión no está suficientemente estudiado y

«se desconoce cómo afecta el silencio y la doble vida, cómo se manejan en los ámbitos educativos, sanitarios, sociales, qué carga moral y psicológica sostiene a sus espaldas, cómo se plantean la maternidad, cómo les condiciona en su decisión de ser madres el hecho de acceder a un sistema sanitario y ginecológico que obvia que entre mujeres haya sexualidad y deseo de formar una familia. En definitiva, a qué problemas se enfrentan como mujeres que viven una orientación sexual diferente y cuyo universo cambia en las distintas etapas de la vida”» (Villalba, 2008)

Se visibiliza y denuncia la sexualización de las mujeres y las niñas (VVAA, 2008), operaciones que se producen a través de lo simbólico, del lenguaje, de las imágenes y la publicidad, que erotizan la violencia y el dominio sexual masculino e hipersexualizan el cuerpo de las mujeres (Soley-Beltrán, 2011; Walter, 2010). Pero también las operaciones que se realizan directamente en los cuerpos de las mujeres, que cada vez se someten a más operaciones estéticas, como implantes mamarios y la cirugía cosmética genital, para ajustarse a las demandas masculinas del ideal de belleza (VVAA, 2011b). Desde el feminismo se plantea la necesidad de formular estrategias de salud e intervenciones sanitarias en torno a la sexualidad que no sean heterocentradas (Ojuel, 2012) y de visibilizar y hacer presentes otros cuerpos, otras sexualidades y otras formas de vida no familiocentradas¹⁰⁸.

Los discursos feministas sobre la maternidad han cuestionado las categorías de “instinto maternal”, las “madres patógenas” y la mirada culpabilizadora que conllevan (Burim, 1987; Sáez, 1988; Sau, 1996), la “buena madre” como la siempre disponible, posponiendo sus deseos y necesidades personales, la maternidad como la única y completa realización personal y el reduccionismo de la maternidad a sus aspectos biológicos, sin contemplarla como una categoría sociopolítica. Así como las mujeres se han visto como meras reproductoras biológicas y la maternidad como dependiente de la

¹⁰⁸ La denominación de medicina de familia, para nombrar la medicina de atención primaria, o de los centros de planificación familiar, son un ejemplo de la centralidad de la familia como unidad de atención sanitaria.

naturaleza, la paternidad se ha contemplado, sin embargo, como un hecho social, que le añade incluso una plusvalía simbólica (Moncó, 2009). Victoria Sau afirma que, en el patriarcado, la maternidad no existe, hay un vacío de maternidad, los hijos son propiedad del padre, las mujeres todavía no han podido ejercer la maternidad real y simbólica. «Si la maternidad se hubiera desarrollado en lo social, político y cultural como lo ha hecho la paternidad, ¿tendrían las mujeres que mendigar su derecho al aborto? ¿Perderían el empleo por quedar embarazadas?» (Sau, 2003, p.1). En la actualidad, las mujeres están reescribiendo el significado y las repercusiones en sus vidas de la experiencia de ser madres en sus aspectos biopsicosociales y simbólicos. La realidad actual de las madres lesbianas, la maternidad transnacional de las mujeres migrantes que dejan a sus hijas e hijos en los países de origen para cuidar a las criaturas y personas mayores en los países ricos, y que mantienen los lazos aún sin presencia física, pueden contribuir a la creación de otro simbólico materno y a romper los patrones tradicionales del ideal maternal como el ejercicio de la maternidad intensiva, que incluye la presencia física y la disponibilidad existencial.

Las nuevas tecnologías reproductivas han sido también un tema de gran relevancia para el feminismo, consideradas como la culminación de los procesos de medicalización de la vida de las mujeres debido entre otras razones por la banalización de la fragmentación del cuerpo y del proceso reproductivo, la aparición de las madres de alquiler y los intereses económicos que refuerzan los deseos socialmente contruidos de las mujeres (Taboada, 1986; Tubert, 1991, 2011b). Paralelamente, se ha trabajado intensamente para conseguir el buen trato y el respeto a los procesos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que ha fructificado en la implantación de la Estrategia del Parto Normal en el sistema nacional de salud. La Asociación El Parto es Nuestro ha contribuido en gran medida a ello¹⁰⁹.

El posicionamiento de las mujeres en los vínculos amorosos ha sido y es un tema central en el análisis feminista de la subordinación de las mujeres y un factor de mantenimiento de la desigualdad entre los sexos. Las relaciones de desigualdad en la pareja, la dependencia, el control y la violencia han conducido a las mujeres a la pérdida de

¹⁰⁹ Disponible en: www.elpartoesnuestro.es. Consulta [25-7-2013].

la salud, a la enfermedad e incluso a la muerte. Consecuentemente, este es también un aspecto de alta relevancia en los procesos de recuperación de la salud de las mujeres.

Feministas desde diferentes disciplinas han abordado su estudio (Coria, 2001; Herrera, 2010; Jonasdottir, 1993; Sanz, 1995; Távora, 2003) haciendo visible el papel de este pensamiento amoroso en el mantenimiento de instituciones como la familia, el parentesco, la heterosexualidad, la economía, el capitalismo y el patriarcado. Desde la Antropología, los trabajos de Marcela Lagarde, *Claves feministas para la negociación en el amor* (2005), y de M^a Luz Esteban, *Crítica del pensamiento Amoroso* (2011), son imprescindibles y sus propuestas están siendo aplicadas en el ámbito de la salud. Ambas proponen otras maneras de pensar y vivir los vínculos que no impliquen subordinación, abnegación, el olvido de sí, el amor romántico como la solución que llenará toda carencia, lo que coloca a las mujeres en un lugar de inferioridad y dependencia. A las mujeres, señalan, se las ha especializado a través de la socialización, en esta forma de amar. La estrecha relación entre este modelo de amor, la violencia en cualquiera de sus formas y el desarrollo de malestar, enfermedades e incluso la muerte ha sido probada en numerosos estudios e investigaciones en los últimos años (Bosch, 2007).

En las propuestas de las teóricas feministas, el amor aparece como una experiencia en la que se puede decidir, incidir y negociar. La reflexión sobre el amor supone para las mujeres una herramienta de cambio, una mirada hacia sí mismas, poder interrogarse sobre lo que se desea. Cuestionar la identificación entre mujer y sujeto amoroso, descentrar el amor de la identidad femenina (Esteban, 2011) es una tarea a la que se está enfrentando el feminismo:

«La tan extendida creencia de que la fuerza del amor es capaz de solucionar todas las dificultades parte del error de ver en el amor un arma todopoderosa, y que aún pudiendo ser unilateral, igualmente es suficiente para conseguir las metas propuestas. Esa idea está presente en el imaginario colectivo, en cantidad de novelas, cuentos, refranes, poemas, y cómo no, canciones de todo tipo y de todos los tiempos. Resulta necesario replantearse una reformulación del amor, pero ese es, sin duda el mayor de los retos» (Bosch et alia, 2006, p.173).

Desde que la O.M.S. ha identificado en el año 1993 la violencia contra las mujeres como un factor esencial en el deterioro de la salud y ha declarado la violencia prioridad de salud pública en todo el mundo, las feministas han trabajado intensamente para que el sistema sanitario incorporase y tratase la violencia como un asunto de salud. Las mujeres maltratadas siempre han acudido al sistema sanitario, pero en escasas ocasiones se las ha ayudado a relacionar el malestar y la enfermedad en sus diversas manifestaciones con las relaciones de violencia y las condiciones de vida. El maltrato y otras formas de violencia eran invisibles para el sistema sanitario, aunque siempre ha habido profesionales de la medicina y el trabajo social que hace ya años han incorporado otra mirada de la salud y otra metodología de trabajo en los centros de atención primaria (Areitio, 2007; Millán, 2005; Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004;). Se han cuestionado los mitos y estereotipos sobre las mujeres que viven en relaciones de violencia y sobre los hombres que la utilizan para controlar a las mujeres. En la actualidad, la violencia contra las mujeres se conceptualiza como

«una potentísima herramienta para sustentar el sistema de jerarquías y dominación de los hombres sobre las mujeres, para el control y la apropiación de nuestros cuerpos, nuestra sexualidad, nuestra capacidad reproductiva y nuestro trabajo, para asegurarse el ser cuidados y atendidos material, emocional y sexualmente, así como para mantener sus privilegios y conseguir la obediencia y el sometimiento de las mujeres» (Nogueiras, 2011, p.32)

El ejercicio de la violencia se enseña y se autoriza desde lo social y lo simbólico y se aprende y se interioriza individualmente, pasando a formar parte de la subjetividad. Por eso,

«la violencia se ha convertido en una estrategia de dominio al servicio de los hombres maltratadores, que la utilizan si la consideran necesaria para mantener su poder, para ejercer su “derecho” a ser cuidado y atendido material, emocional y sexualmente, para agredir a otros hombres en los cuerpos de “sus” mujeres, y para aterrorizar e intimidar cuando sienten miedo a ser abandonados» (Andrés, 2010, p.375).

Desde el feminismo se conceptualiza también como violencia la medicalización, la psicologización y psiquiatrización que el sistema sanitario ha ejercido sobre las mujeres, sobre sus cuerpos y sus vidas, sobre los procesos reproductivos, las crisis vitales y los duelos. Se estudian las nuevas formas de violencia que aparecen como contrarreacción a la autonomía de las mujeres, como es el caso del llamado Síndrome de Alienación Parental (Barea, 2009; VVAA, 2010b). La era de la globalización está haciendo posible la visibilidad de antiguas y nuevas modalidades de violencia (Amorós, 2011; Cobo, 2011): la ablación del clítoris, la trata de mujeres con fines de explotación sexual y económica, los matrimonios concertados, los asesinatos masivos en las maquilas. Su conceptualización como feminicidio está tomando fuerza (Lagarde, 2013)¹¹⁰.

El impacto en la salud de los cuidados que prestan las mujeres a personas mayores, enfermas y a las criaturas ha sido un tema objeto de investigación y que ha pasado en este periodo a la agenda política de una forma prioritaria para el feminismo. Como consecuencia, entró en vigor la *Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, que actualmente está siendo desactivada debido al recorte de los presupuestos en políticas de favorecen la igualdad entre mujeres y hombres. Lucía Mazarrasa (2001) recoge los análisis y propuestas feministas en relación a los cuidados: compartirlos equitativamente, desresponsabilizar a las mujeres, conseguir la implicación de los hombres, crear servicios colectivos y comunidades de apoyo y cuidado entre mujeres. Se resalta la necesidad de aprender a equilibrar el cuidar, cuidarse y ser cuidada (VVAA, 2011a), temas que formarán parte del trabajo feminista en salud. Las cadenas globales de cuidados y su incidencia en la salud son también el centro de reflexión, debate y acción política (Pérez-Orozco y López-Gil, 2011).

La valoración personal y social de las mujeres en base a su juventud, belleza y disponibilidad sexual para los hombres ha generado una línea de pensamiento en el feminismo en torno a la edad, el envejecimiento y la enfermedad. Ana Freixas ha cuestionado los mitos sobre la menopausia (Freixas, 2007) y el envejecimiento (Freixas, 2005, 2013), investigando la realidad de la experiencia que

¹¹⁰ Ver <http://www.feminicidio.net/>. Consulta [25-7-2013].

viven las mujeres en esta etapa, visibilizando y resaltando la libertad, la fuerza de los vínculos con otras mujeres y el desarrollo de proyectos empoderantes en esta etapa. Propone la necesidad de hacer una gerontología feminista (Freixas, 2013).

La reconceptualización de las enfermedades y sus diagnósticos al incorporar el análisis de género ha contribuido a la mayor comprensión de los procesos de salud-enfermedad. Síndromes como la fibromialgia, el dolor crónico o la anorexia y la bulimia han sido repensados por numerosas autoras (Tubert, 2011a, Valls-Llobet, 2009) y los análisis de las enfermedades emergentes, producidas por la contaminación ambiental, como el síndrome de sensibilidad química múltiple, son ahora objeto de estudio e investigación (VVAA, 2012^a).

El relato de las vivencias de la enfermedad de numerosas pensadoras feministas, partiendo de las experiencias propias, fuente que ya fue utilizada por la historiografía feminista, continúa siendo una constante hasta la actualidad. Autoras feministas como Audre Lorde (2008), en sus *Diarios del cáncer*, Fina Sanz (2002) en *Los Laberintos de la vida cotidiana*, M^a Angeles Durán (2003) en *Diario de batalla, mi lucha contra el cáncer*, realizan en sus textos una crítica a la atención del sistema sanitario, deshumanizada y tecnificada, y proponen otras claves para transitar estas vivencias dolorosas. Feministas lesbianas como Isabel Franc y Susanna Martín (2010), en su comic *Alicia en un mundo real* al igual que Audre Lorde, critican desde su vivencia lesbiana el heterocentrismo sanitario ante el cáncer de pecho.

El ultraliberalismo también se analiza como un factor clave en la la comercialización del cuerpo de las mujeres. El movimiento por la salud y los derechos de las mujeres es necesario ante amenazas tan globalizadas e intereses tan entrelazados con las estancias de poder dentro del sistema sanitario (Uría y Mosquera, 2013, p.321). En la actualidad, las feministas denuncian y participan en la movilización contra la privatización de la sanidad pública, visibilizando su especial impacto sobre la vida y la salud de las mujeres (VVAA, 2012^b).

También la salud y el bienestar de las profesionales y activistas comienzan a ser un tema importante y a tenerse en cuenta. En la última década, especialmente a partir de la implementación de programas de atención a mujeres en situaciones de violencia, las profesionales de la salud han tomado conciencia de que «el dolor, la

violencia, el sufrimiento, toca nuestras heridas, el trauma es contagioso. Nos hace vulnerables física y emocionalmente, produce agotamiento, extenuación emocional y el síndrome de «quemarnos», desarrollamos malestar, enfermedad» (Claramunt, 1999, p.5). A las activistas y a las profesionales

«las historias se nos quedan pegadas. Hay compañeras que van a llorar al wáter. Muchas de nosotras estamos cansadas, desgastadas, deprimidas y enojadas, muchas hemos pasado periodos de crisis intensas, muchas estamos de baja, o enfermas. La atención a las necesidades físicas, emocionales y vitales propias ha sido uno de los puntos débiles en nuestro trabajo» (Barry y Djorjdevic, 2010, p. 4).

Se están incorporando en la formación de profesionales que trabajan en la atención a mujeres en situaciones de violencia, en las jornadas y encuentros profesionales y en los manuales para la intervención, aspectos sobre el autocuidado y la protección para disminuir el daño producido por el trabajo con situaciones de intenso dolor y de violencia¹¹¹. El “burnout”¹¹² y la fatiga por compasión son también un tema importante en la Red de mujeres profesionales de la salud (VVAA, 2006a; VVAA, 2009).

Unido a ello, numerosas profesionales que trabajan en ONGs o en empresas contratadas por instituciones públicas para la prestación de servicios de atención a las mujeres, están reflexionando y denunciando

«la distancia que existe entre nuestro discurso sobre los derechos humanos y la justicia social y la realidad de las prácticas laborales de nuestras organizaciones y espacio de trabajo. Urge reconocernos como trabajadoras, con derechos y obligaciones, desprendernos de la retórica del sacrificio militante, que sólo sirve para justificar formas de violencia que jamás aceptaríamos en una fábrica o en un taller y con las que

¹¹¹ Dirección General de la Mujer (2009); Instituto Canario de Igualdad (2008); Alvarez-Buylla y González Ruiz (2010).

¹¹² Se denomina “burnout” al resultado de la tensión y el estrés continuado, que producen cansancio y agotamiento emocional, desmotivación, frustración y el desarrollo de enfermedades. Es una consecuencia de exponerse a enormes cargas de trabajo, de cuidar a otros seres humanos en situaciones de violencia y extrema vulnerabilidad sin guardar energía para el propio autocuidado. (Barry y Djorjdevic, 2010, p. 19).

sin embargo convivimos a diario en ONGS, colectivos y grupos» (Barry y Djorjdevic, 2010, p. 54).

2.3. METODOLOGÍAS FEMINISTAS PARA LA PROMOCIÓN, EL CUIDADO Y LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La generación del modelo feminista actual de intervención en salud hunde sus raíces en las prácticas de los grupos de autoconocimiento y autoayuda desarrolladas en el movimiento feminista a partir de la década de los setenta y en las formas históricas de atención a la salud realizadas por las mujeres, que tenían en cuenta la propia experiencia, incorporaban la subjetividad, la vivencia del cuerpo y la importancia de los aspectos relacionales y contextuales en los procesos de curación. Las terapias y prácticas feministas para el cuidado y la recuperación de la salud parten de la asunción de que los procesos de salud y enfermedad están íntimamente relacionados con las situaciones vitales ligadas al género, con las condiciones sociopolíticas patriarcales y con su incorporación en la subjetividad.

La metodología feminista privilegiada es el trabajo grupal, que se constituye en una herramienta para el cambio personal y colectivo, reconociendo y revalorizando las propias experiencias, conocimientos y capacidades de las mujeres, de la escucha del cuerpo y las emociones, abordando de forma experiencial los diferentes aspectos que inciden en la salud (Távora, 2003).

«Los espacios grupales han sido uno de los medios privilegiados para transformar nuestras vidas, y por eso muchas tenemos el convencimiento de que también son una de las mejores herramientas para posibilitarlo en las mujeres a las que acompañamos desde nuestros diversos lugares laborales y profesionales. En el feminismo los llamamos talleres por ser espacios de trabajo y también porque su metodología es vivencial, compartiendo la experiencia de cada participante, sus interrogantes y dificultades, así como sus capacidades y conocimientos sobre la vida» (Nogueiras, 2011, pp.42-43).

Asimismo, en el trabajo grupal se utilizan estructuras horizontales y desburocratizadas, partiendo de la idea de que acompañar a las mujeres en la disminución de los elementos opresivos en sus vidas exige eliminar los aspectos opresivos de la terapia (Sáez, 1988,

p.42). Se cuestionan las relaciones profesionales jerárquicas y de poder, buscando nuevas formas de relación que asumen la importancia del saber de las mujeres, sus conocimientos y capacidades, el respeto a sus procesos y tiempos y el intercambio de información en un lenguaje sin tecnicismos.

Las temáticas que se trabajan en los grupos incorporan contenidos de la teoría feminista desarrollados desde diversas disciplinas sanitarias y no sanitarias, como la Antropología, la Sociología, la Historia y la Filosofía.

El trabajo feminista en salud se centra en aquellos aspectos que no han sido tenidos en cuenta y que son claves para el cuidado y la recuperación de la salud de las mujeres, relacionados con el sistema sexo-género, la subordinación de las mujeres, la violencia estructural y su incorporación en la subjetividad. Como objetivos del trabajo en salud se incluyen la toma de conciencia sobre la interiorización de los mandatos de género tradicionales, el cuestionamiento de los modelos de amor y sexualidad heteronormativos, el análisis de las relaciones de poder y desigualdad, la promoción de la autonomía psicológica y económica, el buen trato hacia una misma, el desarrollo de nuevos proyectos vitales que amplíen la libertad y la satisfacción con la vida, el reparto de los cuidados y el equilibrio entre cuidar, cuidarse y dejarse cuidar, la realización de los propios deseos y proyectos, para lo que es necesario disponer de un tiempo y espacio propios, de relaciones de apoyo y de posibilidades de acceso a los bienes y recursos.

El trabajo grupal ofrece un espacio para la autoescucha y la escucha de la experiencia de otras mujeres, lo que permite entender que las problemáticas son colectivas, relacionadas con aspectos psicosociales determinados por el género. Se promueven las relaciones de apoyo y compañía en los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro. Para ello, en el grupo se pacta la confidencialidad.

Existe una diferencia esencial entre una terapia feminista y una terapia en la que no hay sesgos sexistas y que tiene en cuenta una perspectiva relacional y psicosocial de la enfermedad, en la que se establece una relación entre la manera de vivir y el sufrimiento. En estas se pretende modificar, sobre todo, la manera que tienen las mujeres de resolver las dificultades, pero no tienen en cuenta la manera en que los factores sociales y culturales del sistema sexo-

género influyen en la construcción de la identidad y la subjetividad femenina y las condiciones de vida.

«Se sigue pensando que la maternidad desarrolla a todas las mujeres, que la situación ideal es estar en pareja, que para las mujeres nunca podrá ser más importante el trabajo que las relaciones familiares y que ellas son más sensibles y mejores cuidadoras.... No se incluyen conceptos como desigualdad, patriarcado, subordinación, etc. Las profesionales, en este caso, no tienen conciencia de género» (Távora, 2001, p.201).

La terapia feminista establece relaciones entre la subordinación de las mujeres y sus sentimientos de insatisfacción, se analiza la construcción social de lo que es y cómo debe ser una mujer y cómo esa construcción facilita la aparición de malestares e incluso determinadas patologías. Las situaciones de desigualdad, el trabajo doméstico como factor de riesgo, la relación entre la inferioridad social y simbólica y la pérdida de autoestima, las relaciones de dependencia y el papel de la maternidad son temas centrales. Asimismo se tiene en cuenta la importancia de diferenciar si el malestar que traen las mujeres es secundario a un problema de salud o es una consecuencia de la desigualdad donde las coloca el sistema patriarcal, con la pretensión de no psicologizar las problemáticas de salud.

El objetivo de los grupos de orientación feminista es la reflexión: pensar es una tarea fundamental, darse cuenta, tomar conciencia, reflexionar en profundidad sobre las causas de la insatisfacción, el paso de la anécdota a la categorización del malestar como consecuencia del sistema sociocultural patriarcal y su incorporación en la subjetividad (Távora, 2001).

«Las políticas de salud, elemento básico de la promoción, no son suficientes si no hay una transformación de las mujeres que las haga desarrollar sus plenos derechos. La promoción de la salud tiene que centrarse en el empoderamiento de las mujeres, creando circunstancias que favorezcan la confianza en una misma, la autonomía y la dignidad la capacidad de enfrentamiento colectivo para el cambio en lo personal con una proyección en lo público y lo social, de forma que las desigualdades condicionadas por la invisibilidad, la escasez de

servicios y su inadecuación a las necesidades de salud de las mujeres desaparezcan» (Mazarrasa, 2001, p.84).

Por tanto, para trabajar en la promoción de salud de las mujeres es necesario utilizar una metodología que posibilite desarrollar capacidades y habilidades tanto para el cambio personal como para participar en los procesos sociales y en los lugares en los que se toman las decisiones políticas que tienen repercusiones en la salud.

La aplicación de estas prácticas para la promoción, prevención, cuidado y recuperación de la salud de las mujeres, basadas en la teoría feminista, ha dado lugar a numerosas experiencias en diferentes problemáticas de salud, como en el tratamiento y la atención a mujeres con cáncer de pecho (Instituto de la Mujer, 2002; Sebastián et alia, 2002), drogodependencias (Martínez Redondo, 2009) dolor y fibromialgia (VVAA, 2003a); VIH (Creación Positiva¹¹³; Velasco, 2006a), sexualidad y anticoncepción (Yago, 2011). En el área de actuación ante las múltiples violencias que sufren las mujeres ¹¹⁴, se han desarrollado numerosas experiencias y metodologías de intervención¹¹⁵. Los últimos protocolos sanitarios para la prevención, detección e intervención sociosanitaria ante la violencia incluyen el trabajo grupal y pautas para la entrevista clínica que tienen en cuenta los principios relacionales propuestos desde la intervención feminista¹¹⁶. Estas experiencias se han desarrollado en

¹¹³ Sus numerosos materiales están disponibles en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.creacionpositiva.net%2F&ei=SU31UYGvJebT7Abm8IHwDQ&usg=AFQjCNFKe42QIZMPgDHZ8BK9Idcngxe9BA>. Consulta [28-7-2013]

¹¹⁴ «Las mujeres hemos sido, y todavía lo somos en muchos lugares del mundo, vendidas, raptadas, donadas, regaladas, golpeadas y apedreadas, mutiladas e infibuladas, violadas, asesinadas, abortadas, casadas en matrimonios forzosos, repudiadas, alimentadas con las sobras, prostituidas, esclavizadas sexualmente, usadas como campos de batalla y botines de guerra, explotadas, escondidas dentro de los burkas, recluidas en la vida doméstica, privadas de los derechos individuales, sociales, políticos, económicos, excluidas de la cultura, el arte, la ciencia, la academia, la política. Hemos sido violentadas en nuestra integridad corporal, sexual, emocional y en las libertades que en la actualidad son consideradas derechos fundamentales de las personas» (Nogueiras, 2011)

¹¹⁵ Entre otras: *Mujeres tratando a Mujeres con mirada de género* (Dio Bleichar, 2011); «Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una Concejalía de Mujer» (Nogueiras y otras, 2005); *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004); *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* (Nogueiras et alia, 2000); *Violencia de género en la Pareja* (García-Mina, 2010); *Perspectivas de la violencia de género* (Pérez Viejo y Escobar, 2011). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres* (Bosch et alia, 2006).

¹¹⁶ Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2012.htm>. Consulta [28-7-2013]

diferentes ámbitos, en el sistema sanitario público (Bayo, 2001; Grau, 2001; Millán, 2005; Távora, 2001), en las instituciones de igualdad que prestan servicios de atención a las mujeres (Nogueiras et alia, 2005; Riscos et alia, 2005) ¹¹⁷, en las asociaciones feministas¹¹⁸ y se han ido consolidando como metodologías feministas que responden a las necesidades de salud de las mujeres, esto es, la recuperación de la autonomía y la capacidad de decisión sobre el cuerpo y las trayectorias vitales, el autocuidado y la autoprotección, el empoderamiento en las relaciones y proyectos, la incorporación a todos los ámbitos públicos y al acceso a los bienes y recursos. Se han elaborado guías metodológicas para su aplicación (Gobierno de Navarra, 1996; Instituto de la Mujer, 2002; Lagarde, 2000; Migallón, 2000, 2007; Yago, 2011). Sara Velasco, en colaboración con el Instituto de la Mujer y el Observatorio de Salud de las Mujeres, ha elaborado Manuales para la incorporación de la perspectiva de género en la atención y práctica clínicas en las instituciones sanitarias¹¹⁹.

En los últimos años, se está tomando conciencia de la importancia y necesidad de tener en cuenta, tanto en la comprensión del malestar y la enfermedad como en las propuestas de intervención, las diferencias en las situaciones de las mujeres y las intersecciones entre éstas, derivadas de sus diferentes capacidades,

¹¹⁷ Entre otras, el *Programa Tiempo Libre. Talleres para mujeres mayores de 50 años* (Instituto Asturiano de la Mujer) disponible en: [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=%20programa%20tiempo%20libre.%20talleres%20para%20mujeres%20mayores%20de%2050%20a%C3%B1os%20\(instituto%20asturiano%20de%20la%20mujer\)%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Finstitutoaasturianodelamujer.com%2Ffiam%2Fprogramas%2Ftiempo-propio%2F&ei=jzr1UYiIMKOP7Aak0YDAAQ&usq=AFQjCNHE8ZTtHdOPDrN78qjf9kktSjOHvQ](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=%20programa%20tiempo%20libre.%20talleres%20para%20mujeres%20mayores%20de%2050%20a%C3%B1os%20(instituto%20asturiano%20de%20la%20mujer)%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Finstitutoaasturianodelamujer.com%2Ffiam%2Fprogramas%2Ftiempo-propio%2F&ei=jzr1UYiIMKOP7Aak0YDAAQ&usq=AFQjCNHE8ZTtHdOPDrN78qjf9kktSjOHvQ) Consulta [28-7-2013]; *Programa de intervención con mujeres privadas de libertad* (Instituto de la Mujer) Disponible en: [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=%20programa%20de%20grupos%20de%20mujeres%20en%20instituciones%20penitenciarias%20\(instituto%20de%20la%20mujer\)%3B%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.institucionpenitenciaria.es%2Fweb%2Fexport%2Fsite%2Fdefault%2Fdatos%2Fdescargables%2Fpublicaciones%2FDocumento_Penitenciario_9_Ser_Mujer_profesionales.pdf&ei=nTn1Ue3AHKyO7Qb5ioD4Cw&usq=AFQjCNHsEWQ0GM-R9ErEzBLx6u8ZVt4V4g](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=%20programa%20de%20grupos%20de%20mujeres%20en%20instituciones%20penitenciarias%20(instituto%20de%20la%20mujer)%3B%20&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.institucionpenitenciaria.es%2Fweb%2Fexport%2Fsite%2Fdefault%2Fdatos%2Fdescargables%2Fpublicaciones%2FDocumento_Penitenciario_9_Ser_Mujer_profesionales.pdf&ei=nTn1Ue3AHKyO7Qb5ioD4Cw&usq=AFQjCNHsEWQ0GM-R9ErEzBLx6u8ZVt4V4g) consulta [28-7-2013}

¹¹⁸ Entre otras, el *Espacio de Salud Entre Nosotras* de la Asociación de Mujeres para la Salud, disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=espacio%20de%20salud%20entre%20nosotras&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mujeresparalasalud.org%2Fspip.php%3Fmot396&ei=KD31UdDCM8ad7gbnP4DIAQ&usq=AFQjCNGKj7yUB18-zf6UDodccRAUTBefGA>. Consulta [28-7-2013].

¹¹⁹ *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género en programas de salud*, (Velasco, 2009b); *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, (Velasco, 2008); *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres*, (Velasco, 2006a); *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención* (Velasco, 2002); *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria* (Velasco, 2006b).

procesos y proyectos vitales, sus condiciones corporales, emocionales, sexuales, sociales y económicas, los contextos en los que viven y/o han vivido y se relacionan. La especial vulnerabilidad de las mujeres migrantes, mujeres prostituidas, mujeres con discapacidades o mujeres en situaciones de exclusión social está siendo objeto de programas específicos de intervención, de estudios e investigaciones para su posterior aplicación (Alonso Fernández de Avilés, 2008; Gregorio Gil, 1998)

3. CONCLUSIONES

El ámbito de la salud es un tema crucial y de gran relevancia política en el movimiento y en el pensamiento feminista por varios motivos:

- ✓ La desigualdad de poder entre hombres y mujeres, la jerarquización de las relaciones de género, la violencia que se utiliza para someter y controlar el cuerpo y la vida de las mujeres, la organización social patriarcal, tienen graves repercusiones en la salud de las mujeres.
- ✓ El sistema sanitario y los discursos y prácticas misóginos y sexistas de las ciencias de la salud han contribuido a afianzar la desigualdad, la dominación y el control social de las mujeres.
- ✓ Las mujeres se han ocupado del cuidado de la salud a lo largo de la historia, pero sus aportaciones en este ámbito han sido ocultadas y silenciadas. Por ello, la historiografía feminista ha desarrollado numerosas líneas de investigación para la recuperación de la historia de las mujeres en el ámbito de la salud, con especial interés en visibilizar y denunciar la exclusión de las mujeres del ámbito académico y del profesional.

En España, a partir del inicio del proceso de instauración de la democracia desde la muerte de Franco en 1975, los aspectos relacionados con la salud han sido centrales en el pensamiento y las acciones desarrolladas por el movimiento feminista. En un primer periodo, hasta la década de los noventa, los ejes de la teoría y la acción feminista fueron el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a la contracepción y el aborto, la separación entre sexualidad y reproducción, la reivindicación del placer sexual para las mujeres, la

denuncia de la medicalización, psicologización y psiquiatrización del malestar de las mujeres, derivado de la posición de desigualdad y subordinación en el sistema de relaciones de género.

A partir de la década de los noventa, se produce un proceso de incorporación de profesionales feministas en las instituciones sanitarias y de igualdad, que impulsan el desarrollo de políticas sanitarias para que integren la perspectiva de género y los planteamientos feministas en los discursos y en la atención sanitaria. En esta etapa tiene lugar una alta especialización profesional y académica y se realizan numerosas investigaciones sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, así como la resignificación, reelaboración y profundización en temáticas relacionadas con diferentes aspectos de la salud. La interdisciplinariedad, que caracteriza a los estudios feministas, está presente también en el ámbito de la salud. El gran desarrollo teórico y las numerosas experiencias realizadas desde el feminismo en el ámbito de la salud podrían ser objeto, a mi juicio, de un Master Interdisciplinar en Feminismo y Salud.

En la actualidad, con el avance del neoliberalismo y neoconservadurismo, la privatización de los servicios de salud y las alianzas entre las industrias farmacéuticas y el sistema sanitario, se están perdiendo numerosos programas, servicios públicos y paralizando la educación, prevención y atención integral en salud. Se están creando nuevas ideologías familiares y domésticas; los discursos y prácticas biomédicas que medicalizan, renaturalizan y sanitarian la salud de las mujeres adquieren protagonismo y se constituyen en nuevas formas de control y comercialización del cuerpo de las mujeres, por lo que es necesario que la incidencia política en el ámbito de la salud vuelva a ser central en el movimiento y pensamiento feminista. La alianza del movimiento por la salud y los derechos de las mujeres se hace necesaria ante amenazas tan globalizadas e intereses tan entrelazados con las estancias de poder dentro del sistema sanitario.

El feminismo introduce en el campo de la salud conceptos y análisis teóricos que están contribuyendo a transformar el conocimiento en este ámbito, y líneas de investigación en la intervención en salud y en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad que conducen a políticas no discriminatorias y a la igualdad en salud.

En estos momentos, existen retos importantes en relación a la investigación feminista en el ámbito de la salud, debido a la complejidad de los análisis multidimensionales y los modelos interdisciplinarios, a la dificultad de incluir las múltiples desigualdades que se entrecruzan, haciendo necesaria la búsqueda de nuevas metodologías y perspectivas de investigación que articulen el género, la raza, la etnia, la clase, la edad, la diversidad de subjetividades y trayectorias personales y sociales, las prácticas e identidades sexuales, las condiciones socioeconómicas y políticas, buscando convergencias entre las orientaciones teórico-metodológicas que tengan en cuenta la salud como un proceso dinámico y sitúen a las mujeres como agentes.

Con este marco, sería de gran interés el estudio y la investigación sobre:

- ✓ El análisis de los nuevos discursos médicos, pediátricos y psicológicos con el objetivo de desvelar y desenmascarar las ideologías neoconservadoras y neoliberales subyacentes que refuerzan la ideología dominante de la subordinación de las mujeres.
- ✓ El impacto y las repercusiones de los recortes presupuestarios en las políticas de igualdad y de la privatización de la sanidad pública en la salud de las mujeres y en las profesionales.
- ✓ Las experiencias de promoción y cuidado de la salud de las mujeres que se están llevando a cabo fuera del sistema sanitario. Entre ellas, y de un modo especial, los programas desarrollados por las Concejalías de Mujer de los ayuntamientos en los últimos años, muchos de ellos paralizados por los recortes presupuestarios en igualdad. La recuperación de estas experiencias es importante para la historia de las mujeres en el ámbito de la salud.
- ✓ El análisis de las dos publicaciones periódicas, la revista *MYS* (1996-2013) y las actas de los seminarios anuales de la Red de Profesionales de la Salud (1999-2013), en la que participan académicas y profesionales de diversas disciplinas del campo de la salud. Los documentos de esta Red recogen sus reflexiones, propuestas, teorizaciones y planteamientos, debates y controversias, información científica actualizada, por lo que permiten conocer las diferencias que generan en el abordaje de la salud los diversos paradigmas feministas, la evolución de las

temáticas de interés y preocupación, el desarrollo de propuestas de intervención y modelos de análisis, el proceso de crecimiento y transformación del discurso feminista en salud.

A partir de ahora me propongo continuar el estudio y la investigación que he comenzado en este trabajo y es mi deseo que concluya en la realización de una Tesis Doctoral.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO FERNÁNDEZ DE AVILÉS, Bakea (2008): *No sólo es pegar. Discursos de mujeres inmigrantes en torno a la violencia de género*, Madrid, Agrupación de Desarrollo Nexos.

ALVAREZ-BUYLLA, Susana y GONZALEZ RUIZ, Cruz (2010): "El cuidado a profesionales y equipos que trabajan con la violencia de género" en García-Mina, Ana (coor): *Violencia contra las mujeres en la pareja. Claves de análisis e intervención*, Madrid, Universidad de Comillas, pp.309-324.

ALTABLE, Charo (1998): *Penélope o las trampas del amor*, Valencia, Nau.

ALTABLE, Charo (2000): *Educación sentimental y erótica para adolescentes*, Madrid, Miño y Dávila.

AMORÓS, Celia (Dir) (1995): *10 palabras clave sobre mujer*, Pamplona, Verbo Divino.

AMORÓS, Celia (2011): *Las mujeres como sujetos emergentes en la era de la globalización: nuevas modalidades de violencia y nuevas formas de ciudadanía*, Madrid, Instituto de la Mujer.

ANDRES DOMINGO, Paloma de (2010): "De la invisibilidad de la violencia contra las mujeres al reconocimiento como un problema social, político y sanitario" en García-Mina, Ana (coor): *Violencia de género en la Pareja*, Madrid, Universidad de Comillas, pp. 375-389.

AREITIO, Toñi (2007): "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres" en *Gaceta Sanitaria*, 21 (4), pp.273-277.

ARNEDO, Elena (2003): *La picadura del tábano. La mujer frente a los cambios de la edad*, Madrid, Aguilar.

ARRANZ, Fátima (ed.) (1999): *Las políticas Públicas a favor de las mujeres: de la teoría a la práctica*, Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.

ASSOCIACIO DE DONES DE LES ILLES BALEARS PER LA SALUT (2012): *La interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Historia de la vulneración de una ley orgánica en las Illes Balears*, Palma de Mallorca, ADIBS.

ASOCIACIÓN DE MUJERES PARA LA SALUD (1987): "El autoexamen" en *Cuaderno para la salud de las mujeres*, nº 1, Madrid, AMS.

ASOCIACION DE MUJERES PARA LA SALUD (1989): *Encuentro Feminista Europeo en Salud*, Madrid, Asociación de Mujeres para la Salud.

BAREA, Consuelo (2009): *El síndrome de Alienación Parental*, Bilbao, Descleé de Brouwer.

BARRAL, M^a José; MAGALLON, Carmen; MIQUEO, Consuelo y SANCHEZ, M^a Dolores (1999): *Interacción ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria.

BARRY, Jane y DJORJDEVIC, Jelena (2010): *Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar?*, Madrid, Horas y Horas.

BAYO, Regina (2001): "Salud mental de mujeres amas de casa. Grupos terapéuticos" en Instituto de la Mujer: *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 83-87.

BERNARDEZ RODAL, Asunción (2011): "Arte posmoderno, arte feminista? Cuerpo y representación en la sociedad de la información" en Fernández Valencia, Antonia y Marián López Fernández Cao (Coords.): *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina*, Madrid, Fundamentos, pp. 123-150.

BEZEMER, W.; FOEKEN, I. GIANOTTEN, W.; IMBENS-FRANSEN, A.; VAN LICHTENBURCHT, C. y STERN, E. (1994): *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto*, Madrid, Horas y Horas.

BIRKE, Linda y GARDNER, Katy (1986): *Por qué sufrir? La regla y sus problemas*, Barcelona, La Sal.

BOLAÑOS, Eva (2010): "Mujeres que abusan de sustancias psicoactivas: mirando sin ver" en *MYS*, nº 29, pp.

BOSCH, Esperanza (2007): *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2007.

BOSCH, Esperanza, FERRER, Victoria y ALZAMORA, Aina (2006): *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*, Barcelona, Anthropos.

BURIM, Mabel (1987): *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.

BURIM, Mabel; MONCARZ, Esther y Velázquez, Susana (1991): *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Barcelona, Paidós.

BUSTELO, María y LOMBARDO, Emanuela (2005): "Mainstreaming de género y análisis de los diferentes "marcos interpretativos" de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ" en *AEQUALITAS*, nº 17.

CABALLÉ, Anna (2006): *Una breve historia de la misoginia*, Madrid, Lumen.

CABRE, Monserrat y ORTIZ, Teresa (eds.) (2001): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria.

CABRÉ, Monserrat y ORTIZ, Teresa (2008): "Significados científicos del cuerpo de mujer" en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, vol. LX, nº 1, enero-junio, pp. 9-18.

CABRE, Monserrat y ORTIZ, Teresa (2009): "Entre la salud y la enfermedad: mujeres, ciencia y medicina en la historiografía española actual" en Borderías, Cristina (Edit): *La Historia de las Mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona, Icaria, pp. 163-196.

CABRE, Monserrat y SALMON, Fernando (2001): "Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicie (1322)" en Cabré, Monserrat y Ortiz, Teresa (eds.): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, pp. 55-75.

CANOVAS SAU, Gema (2010): *El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad*, Barcelona, Paidós.

CAPEL, Rosa María (coord.) (2013): *Presencia y visibilidad de las mujeres*, Madrid, Abada.

CERÓN, Esperanza (2003): "Trayectorias. Esperanza Cerón, Médica" en *MYS*, nº 11-12, noviembre, pp.5-7.

CIFRIAN, Concha; MARTINEZ TEN, Carmen y SERRANO, Isabel (1986): *La cuestión del aborto*, Barcelona, Icaria.

CLARAMUNT, María Cecilia (1999): *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la*

violencia, San José, Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

COBO, Rosa (2011): *Hacia una nueva política sexual. Las mujeres ante la reacción patriarcal*, Madrid, Catarata.

COLECTIVO DE MUJERES DE BOSTON (2000): *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Barcelona, Plaza y Janés.

COLECTIVO MA COLÉRE (2006): *Mi cuerpo es un campo de batalla*, Madrid, Burbuja.

COMISIÓN ANTIAGRESIONES Y COORDINADORA DE GRUPOS DE MUJERES DE BARRIOS Y PUEBLOS DEL MOVIMIENTO FEMINISTA DE MADRID (1990): *Debates Feministas*, Madrid, Comisión antiagresiones y coordinadora de grupos de mujeres de barrios y pueblos del movimiento feminista de Madrid.

COORDINADORA ESTATAL DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS (2010): *Jornadas Feministas Estatales: Granada, treinta años después: aquí y ahora*, Madrid, Coordinadora estatal de organizaciones feministas.

CORIA, Clara (1996): *Las negociaciones nuestras de cada día*, Buenos Aires, Paidós.

CORIA, Clara (2001): *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*, Buenos Aires, Paidós.

CORIA, Clara; FREIXAS, Anna; COVAS, Susana (2005): *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*, Buenos Aires, Paidós.

CREACION POSITIVA (2009): *Maletín de las señoritas crespis*, Barcelona, Creación Positiva.

DIAZ, Capitolina y DEMA, Sandra (Eds.) (2013): *Sociología y género*, Madrid, Tecnos.

DIO BLEICHMAR, Emilce (1984): *El feminismo espontáneo de la histeria*, Madrid, Adotraf.

DIO BLEICHMAR, Emilce (1999): *La depresión en la mujer*, Madrid, Temas de Hoy.

DIO BLEICHMAR, Emilce (Coord.) (2011): *Mujeres tratando a mujeres*, Barcelona, Octaedro.

DIRECCION GENERAL DE LA MUJER (2009), *Los cuidados y la salud de las profesionales que trabajan en Violencia de Género*, Madrid, Dirección General de la Mujer.

DORESS, Paula B. y SIEGAL, Diana L. (1993): *Envejecer juntas: las mujeres y el paso del tiempo*, Barcelona, Paidós.

DURAN, M^a Angeles (2003): *Diario de batalla, mi lucha contra el cancer*, Madrid, Aguilar.

EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deirdre (1981): *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras. Dolencias y trastornos Política Sexual de la enfermedad*, Madrid, Horas y Horas.

ESTEBAN, M^a Luz (1994): "La atención específica a las mujeres. 15 años de centros de planificación familiar" en *Cuadernos de Salud Pública*, nº 15.

ESTEBAN, M^a Luz (1999): "El análisis y la intervención en relación a la salud" en Arranz, Fátima (ed.) *Las políticas Públicas a favor de las mujeres: de la teoría a la práctica*, Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.

ESTEBAN, M^a Luz (2001): "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" en Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, M^a José; Fernández, Teresa y Yago, Teresa (2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp. 25-53.

ESTEBAN, M^a Luz (2004): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Bellaterra, Barcelona.

ESTEBAN, M^a Luz (2006): "El estudio de la Salud y el Género: las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista" en *Salud Colectiva*, Vol. 2, Nº 1, Enero/Abril 2006, pp. 9-20.

ESTEBAN, M^a Luz (2010a): "Cuerpos y Políticas feministas", en Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, *Granada, treinta años después: aquí y ahora*, Madrid, Federación de Organizaciones Feministas, pp. 391-396.

ESTEBAN, M^a Luz (2010b): "La investigación antropológica en salud, atención y género en el Estado Español, Tesis Doctorales y grupos de investigación", en Esteban, M^a Luz, Comelles, Josep M. y Díez

Mintegui, Carmen (eds): *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Bellaterra, pp. 329-345.

ESTEBAN, M^a Luz (2011): *Crítica del Pensamiento Amoroso*, Barcelona, Bellaterra.

ESTEBAN, M^a Luz, COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.) (2010): *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Bellaterra.

ETORRE, Elizabeth (1998): *Mujeres y alcohol. ¿Placer privado o problema público?*, Madrid, Narcea.

FERNANDEZ MORALES, Marta (2008): "Francotiradoras culturales: el teatro y la performance como herramientas del movimiento por la salud de las mujeres en los Estados Unidos", en Ortiz, Teresa; Olagüe, Guimermo; Rodriguez, Esteban; Menéndez, Alfredo; Gil, Eugenia; Luna, Marco; Sevilla, Maite y Gómez, Antonio: *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Granada, 11-14 de junio de 2008*, Granada, Universidad de Granada., pp. 159-162.

FERNÁNDEZ VALENCIA, Antonia y LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO, Marián (coords.) (2011): *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina*, Madrid, Fundamentos.

FERREIRA, Graciela (1992): *Hombres violentos, mujeres maltratadas*, Buenos Aires, Sudamericana.

FORUM DE POLITICA FEMINISTA (2012): *25 años del Forum de Política Feminista y de Feminismo 1987-2012. ¿Abriendo nuevo ciclo?. Las asociaciones de mujeres ante el empleo, la violencia de género y la participación*, Madrid, Forum de Política Feminista.

FRANC, Isabel y MARTIN, Susanna (2010): *Alicia en Un mundo real*, Norma Editorial, Barcelona.

FRANCO RUBIO, Gloria (2010): *Debates sobre la maternidad*, Barcelona, Icaria.

FRASER, Nancy y HONNETH, Axel (2006): *Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*, Madrid, Morata.

FREIXAS, Anna (ed.) (2005): *Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer*, Barcelona, Icaria.

FREIXAS, Anna (2007): *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*, Barcelona, Paidós.

FREIXAS, Anna (2013): *Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*, Barcelona, Paidós.

FRIEDAN, Betty (2009): *La mística de la Feminidad*, Madrid, Cátedra.

GARCIA CALVENTE, M^a del Mar (ed.) (2010): *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*, Sevilla, Escuela Andaluza de Salud Pública.

GARCIA COLMENARES, Carmen (2011): *Las primeras psicólogas españolas. Itinerarios vitales y profesionales*, Granada, Universidad de Granada.

GARCÍA DAUDER, Silvia (2005): *Psicología y Feminismo: Historia olvidada de las mujeres pioneras en psicología*, Madrid, Narcea.

GARCIA DE LEÓN, María Antonia (2011): *Cabeza moderna/Corazón patriarcal. Un diagnóstico social de género*, Barcelona, Anthropos.

GARCIA-MINA, Ana (coor) (2010): *Violencia de género en la Pareja*, Madrid, Universidad de Comillas.

GIL, Eugenia (2006): "Técnicas de investigación: Análisis del discurso de la ciencia y del enfermo", en Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Miqueo, Consuelo; Yago, Teresa, Barral, M^a Jose y Fernández, Teresa: *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial. Integración de una perspectiva de género*, Zaragoza, SIEM y Observatorio de Salud de las Mujeres, pp. 27-38.

GIMENO, Beatriz (2005): *Historia y análisis político del lesbianismo. La liberación de una generación*, Barcelona, Gedisa.

GOBIERNO DE NAVARRA (1996): *En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres*, Navarra, Instituto de Salud Pública.

GONZALEZ DE CHAVEZ, Asunción (comp) (2009): *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI.

GRAU, Elisa (2001): "Talleres de sexualidad-afectividad: una experiencia preventiva" en Instituto de la Mujer: *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp.89-90.

GREEN, Mónica (2001): "En busca de una auténtica medicina de mujeres: los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen" en Cabré, Monserrat y Ortiz, Teresa (eds.): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, pp. 27-54.

GREGORIO GIL, Carmen (1998): *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Madrid, Narcea.

HARDING, Sandra (1996): *Ciencia y feminismo*, Madrid, Morata.

HERNÁNDEZ, Graciela y JARAMILLO, Concepción (2003): *La educación sexual de la primera infancia*, Madrid, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

HERRERA, Coral (2010): *La construcción sociocultural del amor romántico*, Madrid, Fundamentos.

HIPATIA (2004): *Dos para saber, dos para curar*, Madrid, Horas y Horas.

HUERTAS, María (1998): "Mujer y Salud Mental" en Universidad Jaime I: *Mujeres, Familia y Salud*, Castellón, Portal Nieto, pp. 39-64.

IGNACIUK, Agata (2009): "Anticoncepción y aborto: Una propuesta de análisis desde los estudios de género" en eä, vol.1, nº 2, diciembre, pp.1-25.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2007): *Actas De las Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, Mirando la Salud desde una perspectiva de género*, Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer.

INSTITUTO CANARIO DE IGUALDAD (2008): *Jornadas para el cuidado de las profesionales que trabajan en violencia*, Las Palmas de Gran Canaria, Instituto Canario de Igualdad.

INSTITUTO DE LA MUJER (1987): *Primeras Jornadas Mujer y Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (1988): *Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental. Mayo 1985*, Madrid, Instituto de la Mujer

INSTITUTO DE LA MUJER (1997): *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias. Congreso Internacional "Mujeres, Trabajo, Salud". Barcelona, 1996*, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2000): *Salud Mental y Género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid, 19 y 20 de octubre de 1999, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2002a): *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional*. Murcia, 9 y 10 de mayo de 2002, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2002b): *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2006): *Hablamos de salud en masculino y en femenino*, Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2010): *Mujer y Salud 2008*, Madrid, Instituto de la Mujer.

JONASDOTTIR, Anna (1993): *El Poder del amor, le importa el sexo a la democracia?*, Madrid, Cátedra.

LAGARDE, Marcela (1990): *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

LAGARDE, Marcela (2000): *Claves Feministas para la autoestima de las mujeres*, Madrid, Horas y Horas.

LAGARDE, Marcela (2005): *Para mis socias de la vida*, Madrid, Horas y Horas.

LAGARDE, Marcela (2013): "La violencia contra las mujeres" en Díaz, Capitolina y Dema, Sandra (Eds.): *Sociología y género*, Madrid, Tecnos, pp.325-352.

LOPEZ FERNÁNDEZ CAO, Marián (2011): "Crear para hacer brotar el cuerpo", en Fernández Valencia, Antonia y Marián López Fernández Cao (coords.): *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina*, Madrid, Fundamentos, pp. 207-321.

LORDE, Audre (2003): *La hermana, la extranjera*, Madrid, Horas y Horas.

LORDE, Audre (2008): *Diarios del cáncer*, Rosario (Argentina), Hipólita.

LUSIARDI, Delfina (2008): *Lejos de los caminos trillados*, Madrid, Sabina.

MACKEITH, Nancy (1983): *Manual de salud de la mujer*, Barcelona, La Sal.

MAQUIEIRA, Virginia (ed.)(2010): *Mujeres, globalización y derechos humanos*, Madrid, Cátedra, col. Feminismos.

MARSICO, Gaia (2003): *Bioética: Voces de mujeres*, Madrid, Narcea.

MARTINEZ REDONDO, Patricia (2009): *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*, Madrid, Horas y Horas.

MAZA, Silvia; CEDANO, Dina y CABREL, Liz (2009): *Yo amo mi vulva*, Lima, (Perú), Silvia Maza, Diana Cedano y Liz Cabre (edición).

MAZARRASA, Lucía (1999): "Rol de género en la relación entre el personal de enfermería y el personal médico" en *I Jornadas de la Red de Medicas y Profesionales de la Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 33-36.

MAZARRASA, Lucía (2001): "Estrategias de promoción de la salud", en MIQUEO, Consuelo, TOMAS, Concepción, TEJERO, Cruz, BARRAL, M^a José, FERNANDEZ, Teresa y YAGO, Teresa: *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, pp. 77-93.

MIGALLÓN, Pilar (2000): *Los grupos de mujeres. Metodología y contenidos para el trabajo grupal de la autoestima*, Madrid, Instituto de la Mujer.

MIGALLÓN, Pilar (2007): *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad*, Madrid, Instituto de la Mujer.

MIGUEL, Ana de (2005) "La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género" en *Cuadernos de Trabajo Social*, Escuela Universitaria de Trabajo Social vol. 18, pp. 231-248.

MILLAN SUSINOS, Raquel (2005): "Intervención social grupal. Integrando la perspectiva de género (promoción de relaciones saludables y de buen trato)" en *Cuadernos de Trabajo Social*, Escuela Universitaria de Trabajo Social vol. 18, pp. 333-350.

MILLET, Kate (2010): *Política Sexual*, Madrid, Cátedra.

MIQUEO, Consuelo (2004): "Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea", en Martínez Pérez, José,

(Coord.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Universidad de Castilla la Mancha.

MIQUEO, Consuelo (2008): "Feminismo en el mundo científico médico?" en *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, Nº 38, enero-junio, 2008, pp.155-167.

MIQUEO, Consuelo y MURRIA, M^a Jesús (2006): "Una apuesta por la relación. Traducir *Dos para saber, dos para curar*" en Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Miqueo, Consuelo; Yago, Teresa; Barral, M^a José y Fernández, Teresa: *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, Zaragoza, Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer, pp. 53-67.

MIQUEO, Consuelo, TOMAS, Concepción, TEJERO, Cruz, BARRAL, M^a José, FERNANDEZ, Teresa y YAGO, Teresa (2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva.

MIQUEO, Consuelo; GERMÁN, Concha; FERNÁNDEZ-TURRADO, Teresa y BARRAL, M^a José (2011): *Ellas también cuentan*, Zaragoza, Prensas Universitarias.

MONCO, Beatriz (2009): "Maternidad Ritualizada. Un análisis desde la Antropología de Género" en *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 4 nº 3 (357-384).

MONCO, Beatriz (2011): *Antropología del género*, Madrid, Síntesis.

MORENO, Amparo (2009): *Las psicólogas hablan de psicología*, Madrid, Catarata.

MONTERO, M^a José y Marazarrasa, Lucía (2004): "La cooperación internacional española en el ámbito de la salud" en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18, Número extraordinario 2. Dedicado a género y salud.

MURILLO, Soledad (2011): "La igualdad como antídoto de la violencia" en Pérez Viejo y Escobar, Ana (Coords.) (2011): *Perspectivas de la violencia de género*, Madrid, Grupo 5, pp.11-29.

NASH, Mary (1984): *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Serbal.

NIELFA, Gloria (coord.) (2003): *Mujeres y hombres en la España Franquista: sociedad, economía, política, cultura*, Madrid, Universidad Complutense.

NOGUEIRAS, Belén (2001): "Módulo formativo sobre salud", en *Proyecto Elas. Contenidos formativos*, Santiago de Compostela, Servicio Galego de Igualdade, pp. 151-156.

NOGUEIRAS, Belén (2010): *Presentación de una experiencia de trabajo comunitario con mujeres: El Aula de las Mujeres como espacio de salud*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de la Mujer.

NOGUEIRAS, Belén (2011): "Feminismo y violencia contra las mujeres por razón de género" en Pérez Viejo y Escobar (Coords.): *Perspectivas de la violencia de género*, Madrid, Grupo 5, pp.31-45.

NOGUEIRAS, Belén; GARCIA, Ana M^a; GONZÁLEZ, Nirvana, GUTIERREZ, Teresa; MATEO, Pilar; MURUAGA, Soledad; PÉREZ, Herminia (1994): "Los abusos sexuales y el incesto: una cuestión pendiente para el feminismo", en Bezemer, W.; Foeken, I. Gianotten, W.; Imbens-Fransen, A.; Van Lichtenburcht, C. y Stern, E.: *Después del incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto*, Madrid, Horas y Horas, pp. 11-33.

NOGUEIRAS, Belén; ARRECHEDERRA, Angeles; BONINO, Luis (2000): *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*, Madrid, Instituto de la Mujer.

NOGUEIRAS, Belén; BLANCO, Pilar y PLIEGO, Purificación (2005): "Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una Concejalía de Mujer", en *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 18, pp. 351-360.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (2007): *Informe Salud y género 2005*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (2008): *Informe Salud y género 2006. Las edades centrales de la vida*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (2009): *Informe Salud y género 2007-2008. Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

OJUEL, Julia (2012): "En 8 minutos. Hablando de sexo en la consulta de medicina de familia", en *MYS*, nº 33, pp. 14-17.

ORTIZ GOMEZ, Teresa (2001): "El género organizador de profesiones sanitarias" en Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, M^a José, Fernández, Teresa y Yago, Teresa (2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp. 53-77.

ORTIZ GOMEZ, Teresa (2004): "Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica", en *Diálogo Filosófico* 59, pp. 229-244.

ORTIZ GOMEZ, Teresa (2006): *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK.

ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2010): "Maternidad voluntaria: Anticoncepción, ciencia y feminismo en el siglo XX", en Franco, Gloria (edit.): *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica* (siglos XVI-XX). Barcelona, Icaria, pp. 85-105.

ORTIZ GOMEZ, Teresa; OLAGÜE DE ROS, Guillermo; RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo; GIL GARCÍA, Eugenia; LUNA MALDONADO, Marco; SEVILLA OLMEDO, Maite y GOMEZ NUÑEZ, Antonio (2008): *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 11-14 de Junio de 2008, Granada, Universidad de Granada.

ORTIZ GÓMEZ, Teresa; FAJARDO, Angélica; GIL, Eugenia; IGNACIUK, Agata; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (2011): "Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España" en Porras Gallo, M^a Isabel; Gutiérrez Rodilla, Bertha; Ayarzagüena Sanz, Mariano; de las Heras Salord, Jaime (eds.): *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Ciudad Real: UCLM, 2011, pp.141-147.

PABLOS, Laura de y VILLOTA, Paloma de (2000): "Las políticas públicas y la igualdad de oportunidades hombre-mujer" en VII Encuentro de Economía Pública, Zaragoza.

PARDO, Rosa (1988): "El feminismo en España: Breve resumen. 1953-1985" en Folguera, Pilar (comp.): *El feminismo en España: Dos siglos de Historia*, Madrid, Pablo Iglesias, pp. 133-140.

PAREDES, Julieta y GALINDO, María (1998): *Sexo, sexualidad y placer. Manual para conocer tu sexualidad por ti misma*, La Paz (Bolivia), Mujeres Creando.

PEREZ DEL CAMPO, Ana M^a (1995): *Una cuestión incomprensida. El maltrato a las mujeres*, Madrid, Horas y Horas.

PEREZ OROZCO, Amaia y LOPEZ GIL, Silvia (2011): *Desigualdades a flor de piel: Cadenas globales de cuidados*, ONU MUJERES.

PEREZ VIEJO, Jesús y ESCOBAR, Ana (Coords.) (2011): *Perspectivas de la violencia de género*, Madrid, Grupo 5.

PERKINS, Charlotte (2002): *El papel de pared amarillo*, Méjico, Siglo Veintiuno.

PLATAFORMA DE MUJERES ANTE EL CONGRESO (2012): *Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo*, Madrid, Plataforma de mujeres ante el congreso.

POSADA, Luisa (2012): *Sexo, vindicación y pensamiento*, Madrid, Huelga y Ferro.

PULEO, Alicia (2011): *Ecofeminismo: Para otro mundo posible*, Madrid, Cátedra.

RICH, Adrienne (1983): *Sobre mentiras, secretos y silencios*, Barcelona, Icaria.

RICH, Adrienne (1996): *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Barcelona, Icaria.

RICH, Adrienne (2002): *Sangre, pan y poesía*, Barcelona, Icaria.

RIFS (RED INTERNACIONAL DE MUJERES Y SALUD) (2012): *Actas del 11º Encuentro Internacional Mujeres y Salud 2011*, Bélgica (Bruselas), Red Internacional de Mujeres y Salud.

RISCOS ANGULO, Engracia de los; BLANCO ALFARO, Pilar y GUILLÉN SALGUERO, Dara (2005): "Propuesta de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres" en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 18, pp. 297-315.

ROJO, Genoveva (1980): "Trabajo domestico, trabajo peligroso" en *Transición*, nº 17, año III, Febrero 1980, pp. 37-39.

RUIZ CANTERO, Teresa (2001): "Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad" en Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, M^a José; Fernández, Teresa y Yago, Teresa (2001): *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, pp. 163-178.

RUIZ CANTERO, María Teresa (Coord.) (2011): *Salud Pública desde la perspectiva de género: Hitos e innovación*, Revista Feminismos, n^o 18, Alicante, Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante.

RUIZ CANTERO, María Teresa y PAPI GÁLVEZ, Natalia (2007): *Guía de Estadísticas de salud con enfoque de género*, Alicante, Universidad de Alicante.

RUIZ-JARABO, Consuelo y BLANCO PRIETO, Pilar (Eds.) (2004): *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Madrid, Editorial Díaz de Santos.

RUIZ, Isabel; ORLY DE LABRI, Antonio; BOLIVAR, Julia; CASTAÑO, Esther y PLAZAOLA, Juncal (2006): "¿Qué se investiga en salud y género en España?" en Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Miqueo, Consuelo; Yago, Teresa; Barral, M^a José y Fernández, Teresa: *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, Zaragoza, Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer, pp. 13-26.

SAEZ BUENAVENTURA, Carmen (1979): *Mujer, Locura y Feminismo* Barcelona, Dédalo.

SAEZ BUENAVENTURA, Carmen (1988): *Sobre mujer y salud mental*, Barcelona, La Sal.

SAEZ BUENAVENTURA, Carmen (1993): *¿La liberación era esto? Mujeres, vidas y crisis*, Madrid, Temas de Hoy.

SANZ, Fina (1991): *Psicoerotismo femenino y masculino*, Barcelona, Kairós.

SANZ, Fina (1995): *Los vínculos amorosos*, Barcelona, Kairós.

SANZ, Fina (2002): *Los laberintos de la vida cotidiana. La enfermedad como autoconocimiento, cambio y transformación*, Barcelona, Kairós.

- SAU, Victoria (1976): *Mujer, matrimonio y esclavitud*, Júcar.
- SAU, Victoria (1979): *Mujeres Lesbianas*, Barcelona, Icaria.
- SAU, Victoria (1981): *Diccionario ideológico feminista*, Barcelona, Icaria.
- SAU, Victoria (1996): *El vacío de la maternidad*, Barcelona, Icaria.
- SAU, Victoria (2003): "La maternidad era esto?" en *MYS*, nº 11-12 noviembre.
- SAU, Victoria (2008): *Segundas reflexiones feministas para el siglo XXI*, Barcelona, Icaria.
- SCANLON, Geraldine M. (1986): *La polémica feminista en la España Contemporánea (1868-1974)*, Madrid, Akal.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy (1997): *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona, Ariel.
- SCOTT, Joan (1990): "El género: una categoría analítica útil para el análisis histórico" en Amelang, James y Nasch, Mary (eds): *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Alfons El Magnànim, pp. 44.56.
- SEBASTIAN, Julia, BUENO, M^a José y MATEOS DE LA CALLE, Nuria (2002): *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- SOLEY-BELTRAN, Patricia (2011): "¡Poséeme! Violencia simbólica y sexualización en la publicidad" en *VII Jornadas violencia machista y VIH. Tejiendo derechos*, Toledo, Creación Positiva.
- TABOADA, Leonor (1978): *Cuaderno Feminista: introducción al self-help*, Barcelona, Fontanella.
- TABOADA, Leonor (1986): *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*, Barcelona, Icaria.
- TAVORRA, Ana (2001): "El género y los esquemas de referencia en salud mental" en Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, M^a José; Fernández, Teresa y Yago, Teresa (2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp. 199-221.

TAVOR, Ana (2003): "Ser feminista, ser psicoterapeuta" en *Cuadernos de Salud Pública*, nº 21.

TOMAS, Concepción; TEJERO, Cruz; MIQUEO, Consuelo; YAGO, Teresa; BARRAL, M^a José y FERNANDEZ, Teresa (2006): *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: Integración de una perspectiva de género*, Zaragoza, Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer.

TUBERT, Silvia (1991): *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*, Madrid, Siglo XXI.

TUBERT, Silvia (2011a): "Desórdenes del cuerpo. El retorno de lo excluido", en Fernández Valencia, Antonia y López Fernández Cao, Marián (Coords.): *Contar con el cuerpo: construcciones de la identidad femenina*, Madrid, Fundamentos, pp. 15-42.

TUBERT, Silvia (2011b): "El deseo de hijo como pasión" en *MYS*, nº 30, pp. 27-30.

URIA, Marian y MOSQUERA, Carmen (2013): "Las mujeres en la historia de los cuidados de la salud y la enfermedad" en Díaz, Capitolina y Dema, Sandra (ed.): *Sociología y género*, Madrid, Tecnos, pp. 301-324.

URRUZOLA, M^a José (1997): *Aprendiendo a amar desde el aula*, Bilbao, Maite Canal.

VALLE del, Teresa (coord.) (2002): *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*, Madrid, Narcea.

VALLS-LLOBET, Carme (1991): "Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación", *Quaderns CAPS*, nº 16, pp.46-52.

VALLS-LLOBET, CARME (2006): *Mujeres Invisibles*, Barcelona, Mondadori Debolsillo.

VALLS-LLOBET, CARME (2009): *Mujeres, Salud y Poder*, Madrid, Cátedra.

VANCE, Carole S. (comp)(1989): *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Revolución.

VELASCO, Sara (2002): *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas d prevención*, Madrid, Instituto de la Mujer.

VELASCO, Sara (2005): "Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria", MYS nº 16, otoño, *Dossier Atención Primaria: algunos principios básicos para tratar bien el malestar de las mujeres*, pp.11-15.

VELASCO, Sara (2006a): *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres*, Madrid, Instituto de la Mujer.

VELASCO, Sara (2006b): *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria*, Madrid, Instituto de la Mujer.

VELASCO, Sara (2008): *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, Madrid, Observatorio de Salud de las Mujeres.

VELASCO, Sara (2009a): *Sexos, género y salud*, Madrid, Minerva.

VELASCO, Sara (2009b): *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género en programas de salud*, Madrid, Observatorio de Salud de las Mujeres.

VILLALBA, Pilar (2008): "¿Techo de cristal o armarios de doble fondo? Análisis de discurso sobre el lesbianismo y la homosexualidad desde una perspectiva de género" en Platero, Raquel (coord.): *Lesbianas. Discursos y representaciones*, Barcelona, Melusina, pp. 139-171.

VVAA (1998): "De plomo y plumas. Salud laboral para todas en el año 2000", MYS, nº 2, Mayo.

VVAA (1999): "Hermosamente maduras", MYS, nº 3, Febrero.

VVAA (2001): "Matar moscas a cañonazos", MYS nº 7, Dossier.

VVAA (2003a): "Fibromialgia: el dolor y el malestar de las mujeres", MYS, nº 10, Dossier.

VVAA (2003b): "A vueltas con la maternidad", MYS, nº 11-12, noviembre, Dossier.

VVAA (2004a): "La salud de las mujeres en tiempos de guerra", MYS, nº 13-14, dossier.

VVAA (2004b): "Género y Salud" en Gaceta Sanitaria, vol. 18. número extraordinario 2.

VVAA (2005a): "Ser mujer no es una enfermedad. Farma-pulando el cuerpo de las mujeres", *MYS*, Nº 15, primavera.

VVAA (2005b): "Cómo tratar bien el malestar de las mujeres", *MYS*, nº 16, otoño.

VVAA (2006a): "La mala salud laboral de las mujeres", *MYS*, nº 17.

VVAA (2006b): "Para hablar de sexualidad no necesitamos expertas", *MYS*, nº 19, Otoño.

VVAA (2007): "Vacuna papiloma: ¿Protección de las niñas o de la industria?", *MYS*, nº 22, Otoño.

VVAA (2008): "Tu cuerpo: personal e intransferible", *MYS*, nº 24, Dossier.

VVAA (2009): "Rebeldes con causa. La inquietud de las médicas", *MYS*, nº 26, verano.

VVAA (2010a): "¿Para quién el beneficio?", *MYS*, nº 27-28, Dossier.

VVAA (2010b): "El trasfondo del malestar. Monográfico: salud mental", *MYS*, nº 29.

VVAA (2011a): "La crisis de los cuidados", *MYS*, nº 30.

VVAA (2011b): "La tiranía de la belleza", *MYS*, nº 31, Dossier.

VVAA (2012a): "Los riesgos del malambiente", *MYS*, nº 32.

VVAA (2012b): "Salvemos la sanidad pública", *MYS*, nº 33.

WALLACE, Jane (1986): *Masturbación*, Barcelona, La Sal.

WALTER, Natasha (2010): *Muñecas vivientes*. Turner, Madrid, 2010.

WILKINSON, Sue y KITZINGER, Celia (1996): *Mujer y Salud*, Barcelona, Paidós.

WOLF, Naomi (1992): *El mito de la belleza*, Barcelona, Salamandra.

YAGO, Teresa (2001): "Pensando sobre el cuerpo, en grupo", en Azpeitia, Marta; Barral, María José; Díaz, Lidia; González, Teresa; Moreno, Esther; Yago, Teresa: *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos*, Barcelona, Icaria, pp. 141-157.

YAGO, Teresa (2011): *Jóvenes, anticoncepción y género. Perspectiva de género en la práctica clínica*, Zarazoga, SIEM.

BIBLIOWEB

ASOCIACION DE MUJERES PARA LA SALUD:
www.mujeresparalasalud.org.

ASSOCIACIO DE DONES DE LES ILLES BALEARES PER LA SALUT:
www.adibs-feminista.org.

ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO: www.elpartoesnuestro.es.

BIBLIOTECA DE MUJERES:
www.mujerpalabra.net/bibliotecademujeres.

COORDINADORA ESTATAL DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS:
<http://www.feministas.org>.

CREACION POSITIVA: www.creacionpositiva.net.

DIARIO EL PAIS: www.elpais.com.

EMAKUMEAK: www.cdd.emakumeak.org.

ESCUELA ANDALUZA DE SANIDAD:
www.juntadeandalucia.es/epescuelasaludpublica.es.

ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD: www.escuelanacionaldesanidad.es

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER:
www.juntadeandalucia.es.institutodelamujer.

INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER:
www.institutoasturianodelamujer.com.

INSTITUTO CANARIO DE IGUALDAD: [www.](http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/)
[.gobiernodecanarias.org/igualdad/](http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/)

INSTITUTO DE LA MUJER: www.inmujer.es

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES:
www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/

RED DE PROFESIONALES DE LA SALUD: www.caps.cat/redcaps.es.

RED ISIS INTERNACIONAL: www.reddesalud.org.

RED MUNDIAL DE MUJERES PARA LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS:
www.wgnrr.org.

RED ESTATAL DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: www.redfeminista.org.

SEMINARIO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDIOS DE LA MUJER DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA: www.wzar.unizar.es/siem/

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS): www.sespas.es

XARXA DE DONES PER LA SALUD: www.xarxadedonesperlasalut.org.